

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Připravenost adolescentů s mentálním postižením na sexuální život

Readiness in sexual life of adolescents with mental disabilities

Nella Semecká

Vedoucí práce: PhDr. Pavla Presslerová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2016

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a citovala všechny použité prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 8.12.2016

.....

podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování paní PhDr. Pavle Presslerové, Ph.D. za její vstřícnost, cenné rady a trpělivost při vedení mé práce.

.....

podpis

ABSTRAKT:

Připravenost jedinců s mentálním postižením na rodičovství a s tím související sexuální život je v současné době inkluze velmi často diskutovaným tématem. Ve své práci jsem se zaměřila na připravenost adolescentů s mentálním postižením na sexuální život. Na toto téma jsem pohlédla z pohledu připravenosti nezletilých jedinců s postižením v souladu se sexuální výchovou. Ve své bakalářské práci jsem zkoumala míru informovanosti adolescentů s mentálním postižením o reprodukčním zdraví. Sledovala jsem, jaké poznatky mají jedinci s mentálním postižením o sexuální edukaci a povědomí o sexualitě u adolescentů. V praktické části pak na základě provedeného dotazníkového šetření BP zkoumá připravenost jedinců s mentálním postižením na sexuální život a rodičovství.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Rodičovství, gravidita, adolescence, mentální postižení, sexualita, sexuální výchova, reprodukční zdraví, prevence.

ABSTRACT:

Readiness for parenting and related sexual life of individuals with mental disabilities is a very often discussed topic in the current time of inclusion. In my work I focused on the readiness of adolescents with mental disabilities for sexual life. I looked on this topic from the point of view of readiness of under-aged individuals with disabilities in accordance with sexual education. In my bachelor theses I examined the level of awareness of adolescents with mental disabilities about reproductive health. I followed what insights have individuals with mental disabilities about sexual education and the awareness about sexuality among adolescents. In the practical part then on the basis of the conducted questionnaire survey BP examines the readiness of individuals with mental disabilities for sex life and parenting.

KEYWORDS:

Parenting, pregnancy, puberty, mental disability, sexuality, sex education, reproductive health, prevention.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 7 |
| 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ..... | 10 |
| 1.1 Klasifikace | 10 |
| 1.2 Etiologie mentálního postižení | 11 |
| 1.3 Dělení mentálního postižení | 12 |
| 1.4 Osobnost jedince s mentálním postižením..... | 16 |
| 2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA..... | 19 |
| 2.1 Sexualita..... | 19 |
| 2.1.1 Vymezení základních pojmů | 19 |
| 2.1.2 Diferenciace dle klasifikace postižení | 20 |
| 2.1.3 Sexualita u jedinců s mentálním postižením | 20 |
| 2.2 Sexuální výchova..... | 21 |
| 2.2.1 Sexuální výchova u osob s mentálním postižením..... | 24 |
| 2.2.2 Témata sexuální výchovy | 29 |
| 2.2.3 Principy sexuální výchovy | 31 |
| 2.2.4 Prevence v sexuální výchově..... | 32 |
| 3 VÝZKUM | 34 |
| 3.1 Cíle šetření | 34 |
| 3.2 Dílčí cíle..... | 34 |
| 3.3 Výzkumné otázky | 35 |
| 3.4 Metoda terénního šetření | 35 |
| 3.5 Organizace a průběh sběru dat..... | 36 |
| 3.6 Popis šetřeného vzorku osob..... | 37 |
| 3.7 Analýza dat získaných dotazníkovým šetřením..... | 38 |
| 3.7.1 Diskuze I. část | 40 |
| 3.7.2 Diskuze II. část | 43 |
| 3.7.3 Diskuze III. část..... | 46 |
| 3.7.4 Diskuze IV. část..... | 54 |
| ZÁVĚR..... | 60 |
| Seznam použitých informačních zdrojů: | 62 |
| Seznam příloh..... | 68 |

ÚVOD

„Sex mentálně postižených je velké tabu. Neberme těmto lidem právo na intimitu“.

(Lenka Vochocová)

Tato slova slýcháváme často v médiích. Musím si položit otázku. „Je naše společnost připravená na tuto skutečnost“? Bakalářská práce na téma: **„Připravenost adolescentů s mentálním postižením na sexuální život“** je zaměřena na posouzení připravenosti adolescentních jedinců s mentálním postižením v souladu s metodikou sexuální výchovy.

Tématem bakalářské práce jsou adolescenti s mentálním postižením, kteří se pohybují v pásmu lehké a středně těžké mentální retardace. Období adolescence je zakotveno jako část životní cesty v dílech řady našich i zahraničních autorů a zabývá se jím řada vědních disciplín, které nazírají na adolescenci každá ze své perspektivy. Já bych na zmiňované téma nahlédla z pohledu jejich sexuálních potřeb a připravenosti na rodičovství a jak se naše společnost vypořádala s touto problematikou ve školních osnovách.

Rovněž mentálním postižením se zabývá řada disciplín psychologických, klinických, speciálně pedagogických a dalších oborů. Z tohoto důvodu je téma předkládané bakalářské práce multidisciplinární. Výzkumné studie, které by se zaměřily specificky na směřování k dospělosti u adolescentů s mentálním postižením a jejich sexuálních potřeb, se v prvním stupni terciárního (bakalářského) vzdělávání v oboru speciálních pedagogů a v naší odborné literatuře se zatím vyskytují zřídka.

Zdravotní postižení má nepříznivé následky nejen pro dítě samotné a jeho rodinu, ale i pro celou společnost. Dítě s mentálním postižením má celou řadu omezení, často nemůže se svými vrstevníky společně navštěvovat předškolní nebo školní zařízení, trávit s nimi volný čas. Tím může být narušeno jeho sociální začlenění. Problém není jen v primárním omezení, které handicap přináší, ale také v jeho sociálním významu (Štěrbová, 2006).

Americké Národní centrum uveřejnilo výzkum, ve kterém uvádí, že děti s vývojovými vadami se 2,2krát častěji setkaly se sexuálním násilím než děti bez postižení. Méně než polovina z nich poté vyhledá právní nebo jinou pomoc (Cheng, Udry, 2002).

Dítě není většinou vzhledem ke svému postižení schopno rozpoznat situaci, kdy je někdo sexuálně zneužívá. Navíc mu činí potíže rozeznat hranici mezi potřebnou tělesnou péčí a chováním, které má již sexuální podtext. Tyto děti nemají často vlivem nedostatečného obecného ani sexuálního vzdělání dostatečnou slovní zásobu, aby mohly zneužití popsat (Volfová, Kozáková, Velemínský, 2008). V rodinách je téma sexuality jejich dětí s postižením velmi často tabuizováno. Rodiče podporují dítě v pohlavní roli, když je zdravé. Pokud je však s mentálním či jiným postižením, může být bráno za bezpohlavní. Rodiče se na své postižené syny a dcery dívají i v jejich dospělosti jako na malé děti. Právě postojem rodičů k sexualitě si postižený dospělý sám začne myslet, že sexualitu on neřeší, že je přeci dítě. Z výše uvedeného je více než patrné, jak důležité je klást důraz na vzdělávání dětí s mentálním postižením v oblasti sexuální výchovy již od útlého věku v rámci školních osnov.

Mnozí mentálně postižení jedinci si netroufají na rodičovství, popřípadě děti mít opravdu nemohou ze zdravotních důvodů, někdy i kvůli lékařskému zákroku, sterilizaci. Ale že by netoužili po partnerské blízkosti, to si troufám tvrdit, není pravda. Někteří se často zamilovávají, ale mnohdy do nevhodných lidí, třeba i proto, že aspirují zkrátka výš, než jak je to reálné – ale to se samozřejmě děje i lidem bez zjevného postižení. Domnívám se, že tyto fakta plynou z minimální informovanosti o dané problematice jedinců s mentálním postižením. Bakalářská práce zahrnuje soubor poznatků a faktů týkajících se zmíněné problematiky. Důležitým nástrojem, jak docílit inkluze mentálně postižených do běžného sexuálního života a plánovaného rodičovství je prevence a sexuální výchova už v raném věku. Nemalou roli hraje spolupráce rodiny a vzdělávacích institucí.

Mezi hlavní cíle této práce patří zjištění, na jaké úrovni se nachází informovanost adolescentů s mentálním postižením v otázkách reprodukčního zdraví. Sledovala jsem, jaké poznatky mají jedinci s mentálním postižením o sexuální edukaci a povědomí o sexualitě u adolescentů. V praktické části pak na základě provedeného dotazníkového šetření zkoumám připravenost jedinců s mentálním postižením na sexuální život a rodičovství.

Práce je rozdělena do dvou základních částí – teoretické a výzkumné. V teoretické části jsem členila jednotlivé kapitoly z různých pohledů odborných disciplín a to speciální pedagogiky, psychologie, školství a lékařství. První kapitola teoretické části seznamuje s problematikou mentálního postižení, jeho klasifikace a podrobněji zmiňuje jednotlivé stupně mentálního postižení. Aby bylo patrné, jak postižení ovlivňuje sexuální vývoj adolescentů, schopnosti a sexuální projevy, mapuji v druhé kapitole principy sexuální osvěty jedinců s postižením. Ve

třetí kapitole se zabývám danou problematikou z pohledu školních vzdělávacích programů v různých stupních vzdělávání. Jakou míru znalostních a dovednostních kompetencí a povědomí o sexuální životě získávají děti a žáci ve školských zařízeních. Praktická část mapuje vědomosti ze sexuální výchovy jedinců s mentálním postižením, pro komparaci bylo zvoleno dotazníkové šetření. Práce zároveň porovnává vědomosti adolescentů z genderového hlediska. Praktická část čerpá zdroje od respondentů ze základních a středních škol. Cílem práce je zjištění, na jaké úrovni se nachází informovanost adolescentů s mentálním postižením v otázkách sexuální připravenosti a ochrany reprodukčního zdraví.

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Tato kapitola je pojata jako průřez tématem o mentálním postižení, která nás má alespoň základně uvést do problematiky, kterou ve své bakalářské práci popisují a zkoumám. Každý adolescent s mentálním postižením je jedinečnou osobností, avšak je zároveň možné mezi nimi nalézat i mnoho společných znaků. Tyto znaky se projevují v různém rozsahu a měřítku. Jsou si podobní a zároveň odlišní, stejně tak jako adolescenti intaktní populace. Jde o stádium vývojové latence, které mladým lidem umožňuje podržet se v této životní etapě, aby mohli experimentovat s novými rolemi, zkušenostmi a pocity, než definitivně začnou vstupovat do světa dospělých. Společná je jejich emocionální variabilita, hledání vlastní identity, mnohdy také potřeba vzpírat se autoritám a určování si svých životních hodnot a další životní cesty.

Stejně tak je velmi rozmanitá etiologie mentálního postižení. Z daných faktů lze vyvodit, že přístup k jedincům s mentálním postižením je potřeba volit velmi individuálně. Podle specifických potřeb a osobnosti jedince je nutné volit individuální formu vzdělávání. Toto vzdělávání se realizuje pomocí individuální či skupinové integrace a inkluze v běžném vzdělávacím systému nebo probíhá se speciálním školství.

1.1 Klasifikace

Klasifikační systémy vznikají v důsledku snahy třídit poznatky a zkušenosti v různých odborných disciplínách, proto lze také mentální postižení klasifikovat z mnoha odlišných hledisek (Pipeková, 2006).

Švarcová (2003) popisuje mentální postižení je jedno z nejzvláštnějších postižení, které vzniká v důsledku poškození mozku. Je to v podstatě vývojová duševní porucha se snížením sociálních, pohybových a řečových schopností. Takto postižený člověk má sníženou inteligenci, velmi omezenou schopnost učit se, orientovat se v jakémkoliv prostředí, myslet a nezvládá běžné životní situace. Jedná se o stav trvalý, částečně získaný nebo vrozený. Termín mentální je odvozen z latinského slova „*mens*“ (rozum) a retardace ze slova „*retardatio*“ (zaostávat). Takovýto jedinec není schopen navazovat kontakty, logicky chápat ani krátkodobě či dlouhodobě cokoliv plánovat (Pipeková In Vítková, 2004).

Dle Slowíka (2007) je možné se vcítit do situace člověka s tělesným, sluchovým nebo zrakovým postižením, ale vcítění se do mysli jedince s mentálním postižením by bylo asi dost obtížné. Pipeková (1998) doplňuje, že mentální retardace se označuje nejpozději do druhého roku dítěte. Defekty získané po druhém roce života jsou již označovány jako demence. Z tohoto důvodu je tedy velmi nereálné pochopit nebo se vžít do role osoby s mentálním postižením.

Mentální postižení má také legislativní oporu a to ve vyhláškách č. 72/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, dále ve vyhlášce č. 73/2005 Sb. ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných a také ve školském zákoně č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

1.2 Etiologie mentálního postižení

Příčina vzniku mentálního postižení se rozlišuje Švarcová - Slabinová (2011) na příčiny endogenní (vnitřní) nebo exogenní (vnitřní). Vnitřní příčiny jsou v systému pohlavních buněk, tudíž se jedná o příčiny genetické. Exogenní příčiny se dle doby působení dělí na prenatální (před porodem), perinatální (během porodu) a postnatální (po porodu).

Endogenní faktory se dále ještě dělí na čerstvé, které jsou způsobeny pozdější spontánní mutací nebo na dávné, způsobené mutací v zárodečných buňkách. Může se jednat o poškození oplodněného vajíčka v raném těhotenství nebo v pozdním těhotenství o špatnou výživu či Rh faktor. Další příčinou může být i abnormální porod, dále i úrazy nebo nemoci v dětském věku.

Švarcová – Slabinová (2011) dále shrnuje nejčastější příčiny vzniku mentální retardace následovně:

- následky infekcí – prenatální infekce (toxoplazmóza, zarděnky, pásový opar)
 - postnatální infekce (zánět mozku)
- intoxikace – (otrava olovem, toxemie matky)
- následky úrazů nebo fyzikálních vlivů – mechanické poškození mozku při porodu
- (novorozenecká hypoxie), postnatální poranění mozku nebo hypoxie

- poruchy výměny látek, růstu, výživy (fenylketonurie)
- makroskopické léze mozku (degenerací, postnatální sklerózou)
- nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy
- anomálie chromozómů (Downův syndrom)
- nezralost
- vážné duševní poruchy
- psychosociální deprivace
- jiné a nespecifické etiologie

Příčiny mentálního postižení jsou stále předmětem zkoumání, neboť většinou není znám původ ani příčina. Jejich dělení se dle různých autorů liší. Není znám ani přesný údaj výskytu mentálně postižených osob jak v naší republice, tak ve světové populaci. Bohužel počet osob s mentálním postižením stále stoupá. Přesný počet není znám, v České republice by mělo být přibližně 300 tisíc osob mentálně postižených, Švarcová – Slabinová (2011). Procentuálně se výskyt postižených osob shoduje ve světě s procentem postižených osob v naší republice.

Valenta a Müller (2003) uvádějí, že počet mentálně postižených stoupá dle výzkumů v podstatě z důvodu lepší péče lékařů, kteří jsou schopni udržet při životě novorozence, který by dříve ve stejné situaci zemřel.

Dle Zvolského (2005) jsou nejčastějšími problémy hlavně tyto faktory:

- Dědičnost – lehká mentální retardace vzniká nejčastěji zděděnou inteligencí rodičů
- Sociální faktory – snížení intelektových schopností je následkem špatných rodinných vztahů, špatnou výchovou v nižších sociálních vrstvách nebo výchovou rodičů se sníženým intelektem.
- Environmentální faktory – špatné životní prostředí, špatná výživa, může se jednat o různé infekce matky během těhotenství nebo alkoholismus matky.

1.3 Dělení mentálního postižení

V současné době se mentální retardace dělí podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992, do šesti základních kategorií. Toto rozdělení je praktické, neboť se dá určit, jaké jsou hranice vzdělavatelnosti a vychovatelnosti.

Dělí se do těchto kategorií:

F 70 – lehká mentální retardace IQ 50-69

F 71 – středně těžká mentální retardace IQ 35-49

F 72 – těžká mentální retardace IQ 20-34

F 73 – hluboká mentální retardace IQ pod 20

F 78 – jiná mentální retardace

F 79 – nespecifikovaná mentální retardace

Ke klasifikaci nemocí se ještě přidává kód O – žádná nebo minimální porucha chování.

Bazalová (2006) popisuje dělení:

Demence - bývá také nazývána „získaná mentální retardace“. Příčinou bývají úrazy mozku a závažné nemoci, a to po druhém roce života.

Pseudooligofrenie – zdánlivá mentální retardace – dítě pochází ze sociálně znevýhodněného prostředí, není mu umožněna stimulace nervové soustavy. Inteligenční kód bývá snížen o 10 až 20 bodů.

Krejčířová (2006) popisuje, že osoba s mentální retardací má hlavně problémy v oblasti vnímání, které je velice zpomalené, předměty poznává jen velice povrchně. Myšlení bývá málo produktivní, paměť mechanická převažuje nad pamětí logickou. Díky tomu je postižena i řeč. Zpracovávání myšlenek mentálně postižené osoby se projevuje i v projevech citových, je patrná agresivita, úzkost, agresivita, mění se nálady. Toto vše je opět individuální vzhledem k momentálnímu stavu postiženého.

Tři hlavní znaky mentální retardace:

- 1) Nízká schopnost rozvoje myšlení a nízká rozumová úroveň, omezená adaptace a schopnost se učit,
- 2) Vrozené postižení
- 3) Trvalé postižení – rozvoj jedince je individuální – záleží na závažnosti nebo příčině postižení, na prostředí – je možnost i určitého zlepšení jedince.

Švarcová - Slabinová (2011) nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, který zavedl W. Stern. Inteligenční kvocient vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách, odpovídajícím určitému vývojovému stupni, tedy mentálnímu věku, a mezi chronologickým věkem. Kvocient informuje o rozumové úrovni jedince, ale nepodává informace o kvalitativních zvláštěnostech jedince.

Lehká mentální retardace

Švarcová - Slabinová (2011) říká, že u dětí do tří let můžeme sledovat pouze zpomalenější psychomotorický vývoj, větší problémy pozorujeme až ve věku dítěte 3-6 let. Projevuje se špatná slovní zásoba, vady řeči. U školních dětí je slabší paměť, snížená schopnost myslet logicky, jsou úzkostliví, impulzivní, u mnohých postižených se projevuje závislost na pomoci při oblékání atd. Vzhledem k tomuto postižení se tyto jedinci zaměřují spíše na práce praktické. Jejich mentální věk se pohybuje přibližně na úrovni 10 – 11letého dítěte. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči, kam řadíme například konzumaci pokrmů, mytí, oblékání a hygienické návyky. Zvládají také praktické domácí práce, ale je nutný dlouhodobý nácvik. Většina osob s lehkým mentálním postižením je schopna výkonu práce praktického zaměření.

Větší míra adolescentů nemá žádné problémy v sociokulturním kontextu, kde není potřeba hlubokých teoretických znalostí. Ovšem důsledky postižení se projeví, pokud je jedinec navíc značně emočně a sociálně nevyzrálý.

Vágnerová (2005) poukazuje na to, že postižení lehkou mentální retardací v době dospělosti uvažují v nejlepším případě jako děti středního školního věku.

Lehká mentální retardace se v počtu retardovaných vyskytuje u 80 – 85 % postižených. Kvapík a Černá (1990) doplňují, že u tohoto stupně je vývoj opožděn, vyskytují se poruchy jemné motoriky, řeč a komunikace jsou opožděny, v citech se projevuje pasivita a zvýšená popudlivost. Švarcová (2006) hovoří o možnosti přidružení epilepsie, autismu nebo tělesného postižení.

Fišer a Škoda (2008) říkají, že většina osob s lehkým mentálním postižením ale zvládá samostatný život a dokáže se začlenit do společnosti pouze s doplňujícím dohledem a oporou.

Středně těžká retardace

Jedinci postižení středně těžkou retardací jsou schopni pod dohledem vykonávat jednoduchou manuální činnost (pokud se nevyžaduje rychlost a přesnost), potřebují však dohled v normálním běžném životě, nedokážou se sami o sebe postarat.

Švarcová - Slabinová (2011) říká, že jedinci mají opožděný psychomotorický vývoj, jsou nevyrovnaní, neobratní, vývoj motoriky je zpomalen, velice opožděné je myšlení i řeč. Zvládají pouze jednoduché věty, ale i v tomto případě se úroveň může lišit. Rozvoj chápání a užívání řeči je individuální, ale obecně nedosahuje vysoké úrovně. Někteří nemluví vůbec, někteří se dorozumí jen o svých základních potřebách a někteří jsou již schopni jednoduché konverzace. Lidé se středně těžkým mentálním postižením bývají schopni pouze částečné sebeobsluhy. Někteří jsou schopni osvojit si základy trivia, ale náplň práce bývá převážně zaměřena na osvojování si praktických dovedností. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud je zajištěn odborný dohled. Typická je emocionální labilita a nepřiměřené reakce. Výskyt jedinců se středně těžkou retardací se odhaduje na 10 - 12%.

Někteří jsou schopni osvojit si základy trivia, ale náplň práce bývá převážně zaměřena na osvojování si praktických dovedností. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud je zajištěn odborný dohled. Typická je emocionální labilita a nepřiměřené reakce.

Těžká mentální retardace

Švarcová (2006) se vyjadřuje k této skupině podobně jako u středně těžké retardace, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy.

V této skupině se jedná o postižené s velice opožděným psychomotorickým vývojem, potřebují celoživotní péči blízkých osob. Nálady jsou nestálé, postižení jsou impulzivní, neobratní, v řeči používají pouze jednoduchá slova nebo nemluví vůbec.

Kvapilík a Černá (1990) udávají, že somatické vady jsou u těchto jedinců velmi časté stejně jako poruchy motoriky, motorický vývoj je již výrazně omezen a typická je celková neobratnost. Psychické procesy jsou již značně omezeny a vyskytují se nápadnosti v koncentraci pozornosti.

Hluboká mentální retardace

U těchto případů je motorika velice omezená, postižení jsou ve velké většině imobilní. Nejsou schopni postarat se ani o základní hygienické návyky, jejich řeč nedává žádný smysl, je nutný trvalý dohled. Jedinci nepoznávají ani své okolí a dožívají se nižšího věku. Výskyt v procentech se odhaduje cca na 1% populace mentálně retardovaných.

K tomuto hovoří Kvapík a Černá (1990) o častém výskytu somatických vad s neurologickými příznaky u tohoto stupně postižení. U komunikace připomínají, že je u těchto jedinců nonverbální, časté jsou neartikulované výkřiky a grimasování.

U všech stupňů mentální retardace se odhaduje výskyt sebepoškozování na 5-17 %, u jedinců s hlubokou mentální retardací se odhaduje výskyt až na 50%.

Jiná mentální retardace

Pipeková (1998) říká, že v některých situacích stanovit stupeň mentální retardace je nemožné či nesnadné pro přidružené somatické či senzorické postižení.

Nespecifikovaná mentální retardace

Pipeková (2006) uvádí, že tuto kategorii používáme v případech, kdy byla sice mentální retardace prokázána, ale pro nedostatek informací není možné zařadit jedince do již zmíněných kategorií.

1.4 Osobnost jedince s mentálním postižením

Vývoj osob s mentálním postižením bývá opožděn. Toto se projevuje v psychomotorickém vývoji, vývoji schopností a řeči. Míra opoždění je určena stupněm postižení a vlastnostmi jedince. Mentálně postižený jedinec se projevuje těmito zvláštnostmi:

- Závislostí na rodičích nebo jiných lidech

- Infantilností
- Zvýšenou úzkostí, pasivní chování
- Nedostatky ve vývoji svého „já“
- Opožděným psychosexuálním vývojem
- Zvýšená potřeba jistoty
- Poruchy ve vztazích a komunikaci
- Snížená přizpůsobivost
- Zpomalené chování, hyperaktivita, impulzivnost
- Snížená paměť
- Poruchy motoriky a pohybové koordinace

Společné znaky vyskytující se u jedinců s mentálním postižením jsou v rozdílných mírách sklony k úzkosti, závislost na rodičích, rigidita projevující se v chování, sugestibilita a infantilnost. Dále můžeme hovořit i o nedostatečném vývoji a chápání osobnosti, opoždění v oblasti psychosexuálního vývoje, poruchy v komunikaci a interpersonálních vztazích. Velmi často se objevuje špatná adaptace na požadavky školního zařízení a společnosti (Valenta, Müller, 2013).

Valenta a Müller (2013) upřesňují, že se každých 20 sekund rodí ve světě dítě mentálně postižené, celkové číslo mentálně postižených je odhadem 200 milionů. Toto číslo je opravdu dost vysoké a měli bychom si uvědomit, že lidé se specifickými potřebami také žijí v naší společnosti a proto bychom měli respektovat jejich práva. V současné době je trend integrace a inkluze jedince s postižením do společnosti a toto by mělo mít blahodárné účinky pro obě strany.

V Evropské úmluvě o ochraně lidských práv a svobod z roku 1948 se říká: „Každý má právo na respektování své fyzické a mentální integrity“ a toto platí i pro jedince s mentálním postižením.

Každý adolescent s mentálním postižením je jedinečnou osobností, avšak je zároveň možné mezi nimi nalézat i mnoho společných znaků. Tyto znaky se projevují v různém rozsahu a měřítku. Jsou si podobní a zároveň odlišní, stejně tak jako adolescenti intaktní populace. Jde o stádium vývojové latence, které mladým lidem umožňuje podržet se v této životní etapě, aby

mohli experimentovat s novými rolemi, zkušenostmi a pocity, než definitivně začnou vstupovat do světa dospělých. Společná je jejich emocionální variabilita, hledání vlastní identity, mnohdy také potřeba vzpírat se autoritám a určování si svých životních hodnot a další životní cesty.

Stejně tak je velmi rozmanitá etiologie mentálního postižení. Z daných faktů lze vyvodit, že přístup k jedincům s mentálním postižením je potřeba volit velmi individuálně. Podle specifických potřeb a osobnosti jedince je nutné volit individuální formu vzdělávání. Toto vzdělávání se realizuje pomocí individuální či skupinové integrace a inkluze v běžném vzdělávacím systému nebo probíhá se speciálním školství. Z výše uvedeného vyplývá, že je potřeba hledat individuální cesty ve vzdělávání, protože každý jedinec dospívá v jiné míře a jinou rychlostí, ať se jedná o adolescenta z intaktní populace, či o adolescenta s mentálním postižením.

2 SEXUÁLNÍ VÝCHOVA

Sexuální výchova jedinců s mentálním postižením je svým charakterem velmi specifická, a to právě z důvodu jedinečnosti mentálního postižení. Jelikož mají jedinci s mentálním postižením problémy s kognitivními schopnostmi a sníženou inteligenci, je nutné jim všechny informace týkající se sexuální výchovy předat s ohledem na jejich postižení. Veškeré poznatky by jim měly být poskytovány srozumitelně, přiměřeně a s co největší názorností.

2.1 Sexualita

Psychosexuální vývoj jedince v období dospívání, ať s mentálním postižením nebo bez něj, můžeme definovat jako změny po psychologické, emocionální, biologické a sociokulturní stránce s mnoha charakteristickými znaky. Jedná se o změny se svými zákonitostmi, které se mohou variabilně měnit v závislosti na míře postižení a individuality jedince. Partnerské vztahy v období dospívání se významně podílejí na uspokojování základních biologických potřeb a podněcují sebezdokonalování vlastní osobnosti.

2.1.1 Vymezení základních pojmů

Nejprve je nutné vymezit si několik pojmů pro danou problematiku. Jedním ze základních pojmů je rodina. Binarová (2000) ji definuje následovně: „*Rodina je relativně uzavřená, malá skupina jedinců, která je typická velmi intenzivními citovými pouty mezi jednotlivými členy, výraznou soudržností a intimitou. Zpravidla tuto skupinu tvoří matka, otec a děti.*“ (Binarová, 2000, str. 31). Jiní autoři jako například Švarcová - Šulová (2011) se zaměřuje na důležitost členů rodiny a citová pouta a funkčních rodin, na důležitost mužských a ženských rolí otce a matky. Pro všechny lidské bytosti je přirozená touha po funkční rodině. Jako nejdůležitější pro funkci každé rodiny je plození dětí, tedy funkce biologicko-reprodukční. Další důležitá funkce je funkce ekonomická, kde se jedná o materiální zabezpečení všech členů rodiny. Důležitá je i funkce emocionální, která uspokojuje citově všechny členy rodiny a v další v řadě je funkce socializačně-výchovná, která je charakteristická předáváním tradic, norem a postojů (Binarová, 2000).

2.1.2 Diferenciace dle klasifikace postižení

U dětí a mládeže s lehkým stupněm mentálního postižení se sexuální vývoj někdy mírně zpožďuje, jindy se – pod vlivem prostředí a specifických kulturních zvyklostí – naopak urychluje. Všeobecně však spěje ke zralosti a k naplnění práva na plnohodnotný sexuální život. Absolventi zvláštních základních škol běžně uzavírají manželství a zakládají si rodiny. Víme, že ne vždy se však umějí vyrovnat se zodpovědností, kterou rodičovství přináší. Škola totiž připravuje žáky po citové, mravní a sexuální stránce jen velmi nedostatečně, i když by to měla být dominantní součást jejich přípravy na život.

Situace osob se středním a těžkým stupněm mentálního postižení je složitá. Pouze málokterí dosáhnou takové míry samostatnosti, aby mohli žít přirozeným partnerským a sexuálním životem, bez dozoru rodičů anebo opatrovatelů. Osudem mnohých je život v ústavu, v domovech sociální péče. Většina zařízení pro dospělé je nekoedukovaného typu (muži a ženy nepobývají společně, nemohou se stýkat), takže nemůže vyhovovat přirozeným erotickým a sexuálním potřebám obyvatel.

Zřejmě bezpředmětné je uvažovat o sexuální výchově u jedinců v pásmu hluboké mentální retardace. U některých osob s postižením je možno pozorovat prožívání slasti, například reakci na dotyky, je však diskutabilní, zda jde o projev sexuálního pudu.

2.1.3 Sexualita u jedinců s mentálním postižením

Pochopit citové a erotické potřeby lidí s postižením znamená akceptovat jejich vývoj a sexuální projevy. Podle Matulaye (1989) se jejich sexuální chování projevuje u každého velmi individuálně, v závislosti na pohlaví, věku, stupně postižení a vlivů výchovného prostředí. Zhruba jen 10 % osob s mentálním postižením dozraje do té míry, že touží realizovat pohlavní styk. Až 80 % z nich nepřekročí v sexuálním vývoji hranici osm let, mnozí ovšem zůstávají na úrovni předškoláků. Takto je potřeba chápat i jejich projevy, například hlazení, laskání, líbání. Jejich chování je spontánní, nebrzděné rozumem, což u některých lidí, kteří se nečekaně stanou objekty jejich citového či erotického zájmu, vyvolává rozpaky nebo údiv. Čím nižší je mentální věk, tím nižší je kontrola sexuální vzrušivosti. I schopnosti předvídat následky jsou omezené.

Možnost najít si partnera, uzavřít s ním manželství a založit s ním rodinu patří mezi základní lidská práva. Mnohým osobám s mentálním postižením je odpíráno.

Zastáváme názor, že rodičovská práva by měla být spjatá s povinnostmi, tedy právo plodit děti by měl mít člověk, který je schopný (a ochotný) se o ně starat. Takováto schopnost ovšem ne vždy záleží na

výši intelektu. Lidé s mentálním postižením by v první řadě měli vědět, kde a na koho se mohou obrátit s žádostí o konkrétní pomoc a radu.

Cílem sexuální výchovy dětí a mládeže je nejen poučovat, ale i poskytovat pravdivé informace, formovat osobnost, pěstovat zdravé návyky, postoje, ovlivňovat citové prožívání, aby bylo v souladu s mravními ideály a hodnotami společnosti. Další rovina sexuální osvěty je individuálně preventivní, klade důraz na poučení jednotlivce a pomoc v konkrétních situacích.

Děti a dospívající s lehkým mentálním postižením jsou v rámci sexuální výchovy obzvlášť zanedbávanou skupinou. Následky jsou nežádoucí: zanedbané hygienické návyky, předčasný pohlavní život, vztahy ovlivněné alkoholem, hádkami, tělesnými konflikty, neschopnost vést domácnost, hospodařit s penězi a podobně. Jedince s postižením musíme naučit, co vztah obnáší, jak se realizuje. Sexuální výchova středně, těžce a vícenásobně postižených jedinců v zařízeních sociálních služeb není v současné době vázaná učebními osnovami ani závaznými pravidly, což je výhoda i nedostatek zároveň. Zvláště závisí na ochotě personálu angažovat se, na zkušenosti a vynalézavosti i na pedagogickém mistrovství. V zásadě platí, že lidé s mentálním postižením i v dospělosti potřebují pomoc a podporu. (Prevendárová, 2002)

2.2 Sexuální výchova

Stále častěji si klademe otázku, kdy je nejvhodnější čas začít u dětí se sexuální výchovou. Sexuální výchova je školní předmět, který je vyučován na základních a středních školách. Za úkol má seznámit adolescenty se základními fakty, vztahující se k lidské sexualitě a budoucímu partnerskému životu. Také se zaměřuje na prevenci bezpečného milostného života, psychické připravenosti na sex.

Kořeny sexuální výchovy začínají v rodině. Děti přejímají role, postoje a hodnoty od svých rodičů. Velký vliv na přístup k sexualitě má právě výchova v rodině. Rodiče jsou zpravidla první, od kterých se dozvídáme první a základní informace. Avšak i přístup rodičů je ovlivněn společností a společenskými normami. Velmi důležitým aspektem je funkčnost rodiny a vzájemná důvěra v ní.

V současnosti, oproti dřívějšímu je pohled na sexuální výchovu komplexní. Jedná se trend, který se v mnoha směrech orientuje výhradně na potřeby samotné praxe, což je nepochybně ovlivněno rozšířením AIDS, ale i dalších sexuálně přenosných chorob, negativních jevů se sexuálním pozadím apod. Vzhledem k tomu, že je společnost v současné době plná sexuálních

podnětů, dovolím si tvrdit, že se sexuální výchovou je třeba začít co nejdříve. Podle Uzel (2006) sexuální výchova představuje nejen přípravu na sexuální život, ale vychovává i k mezilidským a rodinným vztahům. Klade důraz na antikoncepci a prevenci sexuálně přenosných nemocí, ale řeší i psychologické a psychosexuální problémy spojené s každým partnerským soužitím (Uzel, 2006).

Autor se zmiňuje o tom, že sexuální výchova má poněkud širší význam než rodinná výchova, protože se zabývá i problémy předmanželské sexuality, onanie, homosexuality a jinými (Uzel, 2006). Sexuální výchova a sexualita z pohledu osvěty je dle Zvěřiny (2003) celosvětovým problémem, prakticky všude na světě osvícení odborníci konstatují, že úroveň poučení o sexualitě je mezi lidmi nedostatečná. To umožňuje, aby se ve veřejném mínění a v sexuální praxi lidí stále znovu a znovu objevovaly falešné mýty a předsudky.

Za všechny ostatní jmenujeme dva nejvýznamnější: mýtus o škodlivosti onanování a mýtus o škodlivosti antikoncepce (Zvěřina, 2003). Z jeho vyjádření je patrné, že je nutnost informovat veřejnost o sexuální výchově. Problémem však může nastat díky rozdílnosti kulturních tradic, výchovy nebo náboženství. Z tohoto důvodu je v některých národech otázka sexuality tabuizovaná a společnost není plně informovaná a poučená. Následek toho je vznik mylných tvrzení, která negativně ovlivňují pohled společnosti na lidskou sexualitu. Správně směřovaná sexuální výchova by měla způsobit obrat v těchto zarytých tradicích. Cílem sexuální výchovy je poskytnutí pravdivých kompletních informací a otevřeného přístupu k tomuto tématu.

Z historického pohledu se u nás začala otázka sexuální výchovy řešit převážně až v 60. letech minulého století. K řešení otázky sexuální výchovy v mezinárodním měřítku dochází v podstatě až po druhé světové válce. Tyto snahy byly vedeny především ze strany lékařů. Po druhé světové válce se "aktivizují" další činitelé. První průlom do představ o lidské sexualitě představovaly na svou dobu rozsáhlé výzkumy Kinsey (1948, 1953). U nás se na postupném zavádění sexuální výchovy podílí především J. Hyníe a žáci jeho školy i když opět se jedná o vstup lékaře - sexuologa na pole sexuální výchovy. V 70. letech je již ve světě všeobecně uznávána potřeba a nutnost řešení všech otázek souvisejících se sexuální výchovou. Dochází k rozšíření celé problematiky o dimenzi etickou a v neposlední řadě i pedagogickou. V 80. letech dochází k potlačení sexuální výchovy. Předimenzování otázek mezilidských vztahů jde na úkor informací a poznatků z oblasti lidské sexuality. Začíná se převážně zvýrazňovat výchova k manželství a rodičovství. Sexuální výchova, jako jeden z výrazných prostředků dané výchovy není plně doceněn, například oblast antikoncepce téměř vymizela.

Výuka v předškolním vzdělávání je realizována dle Vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání. Jednotlivé vzdělávací bloky jsou rozděleny do několika oblastí, ovšem žádná z nich není výhradně zacílena na sexuální výchovu. Některé vzdělávací oblasti úzce souvisí s tímto tématem. Jsou to (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání [on-line], 2004): Dítě a jeho tělo (uvědomění si vlastního těla, životní návyky...); Dítě a jeho psychika (poznávací schopnosti a funkce, sebepojetí, city...); Dítě a ten druhý (pravidla chování, vztahy k druhému, komunikativní dovednosti, prosociální postoje, kooperace, ochrana soukromí a bezpečí...); Dítě a společnost (pravidla společenského soužití, lidská společnost...); Dítě a svět (blízké prostředí i jiné kultury, civilizační problémy...).

V základních školách je sexuální výchova obsažena převážně prostřednictvím vzdělávacích oblastí Člověk a jeho svět na 1. stupni a Člověk a zdraví na 2. stupni. Tyto vzdělávací bloky jsou tematicky propojeny se vzdělávacími oblastmi Člověk a společnost, Člověk a příroda a s průřezovými tématy Osobnostní a sociální výchova, Mediální výchova a dalšími. Při plánování vzdělávacích cílů v oblasti sexuální výchovy je důležité brát v úvahu regionální specifika (dle potřeby posílit některou tematickou oblast), etnická, národnostní a náboženská specifika (respektovat odlišné názory na sexualitu v rámci průřezového tématu Multikulturní výchova), nárůst různých forem rizikového chování žáků (aktuální problémy) a specifika daná klimatem ve škole a v třídním kolektivu. (Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách [on-line], 2010).

V některých základních školách využívají k výuce sexuální výchovy externí pracovníky a žáci absolvují kurzy nebo semináře sexuální výchovy. Domnívám se, že využívání těchto externích pracovníků pro výuku může být na jednu stranu velmi přínosné. Pro studenty se jedná o něco neobvyklého a jiný způsob výuky s cizím člověkem může lépe upoutat jejich pozornost. Na druhou stranu by studenti mohli pociťovat stud před externím pracovníkem a úroveň získávání nových poznatků a otevření se výuce by nemusela být tak kvalitní. Nezbytnými zásadami při realizaci sexuální výchovy je mimo jiné vědeckost, princip důvěry s důrazem na osobnost učitele a jeho neodsuzující a citlivý postoj k sexualitě. (Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách [on-line], 2010).

Na prvním stupni základní školy jsou v rámci sexuální výchovy probírána převážně následující témata: rodina, vztahy a komunikace mezi vrstevníky, osobní bezpečí, základní lidská práva, týrané, zneužívané a zanedbávané děti, dětská krizová centra, nebezpečí elektronické komunikace, odmítací techniky v rámci prevence syndromu CAN, lidská

postava, puberta, dospívání, osobní a intimní hygiena, základy lidské reprodukce, péče o děti, infekční nemoci, základy prevence pohlavních nemocí, sexuální chování (Sexuální výchova - vybraná témata [on-line], 2009).

Na druhém stupni je sexuální výchova rozšířena o další témata. Příkladem může být sociální klima, zanedbávání rodinné výchovy, sexuální zneužívání a jeho prevence, náhradní rodinná péče, Úmluva o právech dítěte, sebepoznání, volba partnera, samostatný život, bezpečné sexuální chování, metody antikoncepce, předčasná těhotenství, umělé přerušování těhotenství, manželství nezletilých, plánované rodičovství, ekonomické a právní otázky rodinného života, morálka a mravnost, vliv návykových látek na sexuální chování, HIV / AIDS, sexualita a zákon, sexualita a média, sekty, sexuální dysfunkce, poruchy pohlavní identity a asociální chování. (Sexuální výchova - vybraná témata [on-line], 2009).

Na středních školách je výuka sexuální výchovy velmi individuální. Odvíjí se od druhu školy a jejím celkovém přístupu k tématu. Také záleží na jejich zpracování školního vzdělávacího programu, který si každá škola může svobodně upravit. (Rámcové vzdělávací programy oborů středního vzdělání)

2.2.1 Sexuální výchova u osob s mentálním postižením

Mentálně postižení lidé by neměli být v tomto směru výjimkou. Je na místě, aby adolescenti s mentálním postižením dostávali veškeré informace o tom, jakými změnami jejich tělo v období dospívání prochází, jak správně provádět hygienu, o připravenosti na bezpečný pohlavní styk, a jak se chránit před možným početím. Sexuální osvěta má za cíl zvýšit vědomosti jedinců a zabránit možným komplikacím ve všech těchto oblastech.

Štěrbová (2004) ve své publikaci doporučuje s adolescenty používat hry, vyprávění, didaktické instrukce, skupinové diskuse a filmy.

Cílové skupiny sexuální výchovy

Podle Kozákové (2004) je možné zmínit tyto skupiny:

- mentálně postižené osoby;
- rodiče;

- vychovatelé, pedagogové, speciální pedagogové a ostatní lidé pracující s mentálně postiženými klienty;
- budoucí profesionálové (vychovatelé, pedagogové, speciální pedagogové), kteří v budoucnu budou pracovat s těmito lidmi;
- nejširší veřejnost – zde je nutná změna negativního přístupu, postojů a předsudků vůči mentálně postiženým.

Nelze otázku sexuální výchovy bezmyšlenkovitě vypustit. Jak bylo zmíněno výše, sexualita je součástí života každého jedince a každý má nárok na výchovu a osvětu týkající se tohoto tématu. Právě realizace sexuální výchovy podle Valenty (2009) může napomoci v některých problémech týkajících se sexuality a osob s mentálním postižením. Jsou to: snížení pravděpodobnosti výskytu odchylek v sexuálním chování lidí s mentálním postižením (onanie, obnažování na veřejnosti); předejití mnoha traumatizujícím zážitkům (nakažení pohlavní nemocí, nechtěnému těhotenství); snížení pravděpodobnosti výskytu sexuálního zneužívání (jednodušeji podléhají vlivům jiných osob).

Důležitou poznámkou je fakt, že u osob s mentálním postižením bývá v rozporu tělesné, mentální a sociální zrání. Přestože mohou být fyzicky vyspělé a připravené na sexuální aktivity, jejich psychická stránka na takové úrovni být nemusí. Z tohoto důvodu je důležité poskytnout jim takové informace a v takové míře, jež potřebují (Valenta, 2009). Dle dokumentu MŠMT Sexuální výchova - vybraná témata (2009), který se mimo jiné zabývá otázkou sexuální výchovy žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen SVP). V této souvislosti se doporučuje, aby škola, ve které se žáci vzdělávají, specificky pracovala s informacemi, které žákovi předkládá. Především s ohledem na individuální schopnosti žáka se SVP, dbala na správnou terminologii, která nahradí slangové výrazy a vulgarismy, upřednostňovala práci v malých skupinkách pod vedením učitele s možností bezprostřední komunikace, názornosti, rozdělení práce do menších kroků. Také průběžně ověřovala jejich porozumění prostřednictvím zpětné vazby, a aby v instrukcích a návodech respektovala skutečnost, zda je žák schopen učinit volby a být za ně odpovědný (Sexuální výchova - vybraná témata [on-line], 2009). Dle zmíněného dokumentu je tak důležité zaměřit se v rámci sexuální výchovy na tyto oblasti: vytváření pozitivních postojů žáků k sobě samotným, sebezpřijetí, sebeúcta a sebehodnocení; budování optimálních mezilidských vztahů (role v rodině, možné způsoby řešení problémových situací, společensky přijatelné a nepřijatelné chování); kultivování citů a sexuálního pudu (masturbace, sexuální zneužití, rozpoznání a

odmítání nevhodného chování, vztahy mezi lidmi – blízký a cizí člověk, rozdíly mezi veřejnými a soukromými místy); hygiena, antikoncepce a prevence pohlavně přenosných nemocí, preventivní prohlídky; předčasné zahájení pohlavního života, prostituce, rizikové sexuální chování apod.

Důraz na spolupráci s rodinou platí i pro realizaci sexuální výchovy. Škola by měla seznámit zákonné zástupce žáků se způsobem a obsahem výuky sexuální výchovy, zprostředkovat jim další podporu prostřednictvím kontaktů na odborníky jako jsou psychologové, sexuologové, speciální pedagogové. Měla by nabízet poučení a informovat je o nezbytnosti sexuální výchovy a nabízet i jim možnosti seminářů a odborných přednášek (Sexuální výchova - vybraná témata [on-line], 2009).

Způsobem metodiky a formy sexuální výchovy a začlenění v RVP obecně platí, že jedince s mentálním postižením je důležité aktivizovat. Aktivizačními metodami mohou být metody dialogické, problémové, inscenační nebo hravé. Je důležité zapojit co nejvíce prožitkových forem práce, jako například hraní modelových situací nebo sociální učení. Názornost je také dobré doplnit videem, fotografiemi, obrázky a reálnými předměty. V neposlední řadě je podstatný individuální přístup ke každému jedinci (Valenta, 2009). Podle Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením a Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání Základní škola speciální, I. díl - vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením jsou prvky sexuální výchovy zapojeny do vzdělávacích oblastí Člověk a jeho svět, Člověk a společnost, Člověk a příroda a Člověk a zdraví. Témata sexuální výchovy jsou dále součástí průřezových témat Osobnostní a sociální výchova a Výchova demokratického občana (Valenta, 2009).

Podle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání Základní škola speciální, díl II - vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami je sexuální výchova zapojena do oblastí Člověk a komunikace, Člověk a jeho svět a Člověk a zdraví (Valenta, 2009).

Šedá (2004) ve své knize uvádí, že by sexuální výchova měla začít již při narození dítěte. Dle jejího názoru, by se měla stát součástí osobnosti a komplexního rozvoje dítěte. Dále ve své publikaci uvádí, že: „začátek výchovy je založen na přirozenosti, lásce a přijetí dítěte, ať se narodí s jakoukoliv odchylkou. Toto je vůbec stěžejní bod dalšího rozvoje osobnosti každého

člověka. Začátek výchovy spočívá v uvědomování si svého těla. U těch nejmenších k tomu napomáháme hlazením, laskáním, každým něžným a láskyplným dotykem.“

Často je skutečnost bohužel taková, že stud spojený se sexualitou u rodičů postižených dětí je tak velký, že nedávají dítěti možnosti významných pro rozvoj sexuální identity (Vojtová In Pipeková, Vítková 1996). Janiš (2004) zmiňuje fakt, že není problém jen v rodičích, ale mnoho vychovatelů se staví k problému sexuální výchovy zdrženlivě. Dle Janíše (2004,) je odbourání předsudků sexuálního života u mentálně postižených jedinců důležitým krokem k prevenci sociálně patologických jevů, s tím související sexuální zneužívání takto postižených lidí, které je v naší společnosti bohužel stále. Možnost snížené sociální kontroly u takto postižených jedinců je důvod, proč se stávají oběťmi tohoto jevu. Podstatným problémem vidí právě jejich nevědomost a komunikační problém v hledání pomoci. Včasná sexuální výchova usnadní jeho integraci do „normální“ společnosti.“ Sexuální výchovu nelze aplikovat nějakou šablonou, která by určovala jednotlivé postupy. Každý jedinec je sám o sobě osobnost a vždy je třeba řešit samostatně jeho problém. Můžeme se však držet již existujících kroku a podle nich postupovat v obecné rovině a využít při práci s klientem Kozáková (2004).

Dle Kozákové (2004) cílená sexuální výchova či osvěta byla donedávna na okraji zájmu. V případě, že se prováděla, tak jen velmi okrajově a bez žádné systematickosti. Systém byl v tomto směru zaveden před nedávnem a to v souvislosti se standardizací kvality sociálních služeb. Dále se shodují, že se tato problematika netýká jen klientů ústavů, ale i jejich personálu. Mnoho zaměstnanců s letitou praxí mohou mít předsudky a problémy s vlastní sexualitou, studem, a tudíž mohou hůře vnímat i řešit sexualitu klientů. Tyto překážky nelze překonat v krátkém časovém horizontu, jejich překonání může trvat dlouhou dobu. Z těchto důvodů nelze dělat osvětu rychle, musí mít svůj čas na přípravu. Rychlost by byla na úkor kvality. Zažité stereotypy v životě klientů jako je masturbace, homosexuální kontakty, hygiena a celkové podmínky se začínají zlepšovat. Při zavádění sexuální výchovy do center sociálních služeb nelze podcenit přípravu, vytvoření podmínek nezbytných pro realizaci výchovy. Těmito podmínkami je myšlena koedukovanost zařízení, a zřizování ústavů a budov tak, aby klienti mohli uspokojivě naplňovat své sexuální potřeby, aniž by strádali nebo rušili ostatní klienty. Pokud budeme realizovat sexuální výchovu v zařízeních, kde jsou klienti v pokojích po pěti až deseti a nemají kontakt s intaktní populací, sexuální výchova nebude mít žádný přínos. Je potřeba zavedení souhrnu vnitřních pravidel, směrnic a pokynů, kterými se budou ústavy řídit. V této oblasti je možné čerpat z bohatých zkušeností Holandska, kde je souhrn těchto pravidel nazýván Protokol o sexualitě a sexuálním zneužití. Obsahem tohoto

dokumentu je souhrn postojů, znalostí, norem a odpovědností, ke kterým se ÚSP hlásí (Kozáková 2004). Tento protokol o sexualitě a sexuálním zneužití obsahuje:

- postoje zařízení k sexualitě a sexuální výchově svých klientů;
- témata osvěty včetně konkrétního obsahu informací pro klienty;
- způsob řešení možných důsledků sexuality;
- přípustné a nepřípustné formy kontaktu, péče a poskytované podpory;
- osvěta a prevence;
- zodpovědnost pracovníků ohledně sexuality;
- rodiče a zákonní zástupci;
- postoj k sexuálnímu abusu;
- postup při sexuálním zneužití;
- preventivní politika uvnitř zařízení.

Tento souhrn pravidel má umožňovat zaměstnancům jakýsi návod při řešení složitých situací, včetně sexuálního zneužití. Je důležité, aby se na tvorbě protokolu podíleli všichni zaměstnanci zařízení (Kozáková, 2004). Pro lepší přehled vychovatele o klientech, je doporučeno začínat sexuální výchovu skupinovou formou. Tato forma přináší několik pozitiv. Vychovatel vyjasní ve skupině společně s klienty základní terminologii, získá přehled o znalostech jednotlivých klientů a společně klienti ztrácí ostych na toto téma diskutovat. Na skupinová sezení navazuje osvěta individuální, která při které se může vychovatel věnovat konkrétním potřebám a problémům klienta. Respektovat a vyslechnout jeho tužby, přání specifické otázky. Při řešení je potřeba ke každému problému klienta přistupovat individuálně.

V případě těchto sezení je velmi důležité pro vychovatele, aby získal důvěru jedince a to je mnohdy velmi obtížné. Toto zmiňuje ve své knize Šedá (2004), která hovoří o důvěře jako prvotním předpokladu k úspěšné „diskuzi“ o sexualitě s klientem. Jako nejdůležitější považuje dostat se přímo k „jádro“ duše mentálně postiženého. Umět respektovat, že tyto jedinci nedokážou srozumitelně hovořit o svých pocitech a přáních, neboť jim chybí vhodná slovní zásoba. Velký problém vidí v tom, že naší snahou je za tyto jedince dokončovat věty,

chybí nám potřebná trpělivost. Tím se může stát, že formulujeme jejich myšlenky špatným směrem. Nenecháme jim dostatek času a prostoru k tomu, aby se sami v rámci svých komunikačních schopností vyjádřili.

Při sexuální výchově je třeba respektovat chronologický věk jedince. Často mají začínající vychovatelé tendenci jednat s mentálně postiženými jedinci jako s dětmi. (Svatoš 2004).

Šedá (2004) klade důraz na srozumitelnost, výstižnost a taktost při rozhovorech o sexualitě. Velká část rodičů mentálně postižených dětí nepředpokládá, že jejich dítě bude vést sexuální život, přesto je velmi důležité objasnit pravdivě a otevřeně problémy ze sexuální oblasti.

Svatoš (2004) dále uvádí, že kvalitní sexuální výchova není přínosem jen pro postižené jedince, ale i pro celé jejich okolí. Ve své knize zmiňuje, že je nutné vést sexuální výchovu konkrétním a názorným způsobem. Uvádí klady sexuální výchovy:

- sexuální výchova povede ke zvýšení sebevědomí;
- sexuální výchova přináší informace, které lze využít v praktickém životě, především ve složitých sociálních vztazích;
- sexuální výchova zlepšuje komunikaci, poněvadž nabízí přesnější slovník a jedinci se tak mohou více zajímat o své zdraví a informovat vychovatele;
- informovanost o sexualitě přispívá k vytváření životních cílů a úvah o budoucnosti;
- sexuální výchova je velmi důležitá z hlediska prevence negativních jevů, především sexuálního zneužívání.

2.2.2 Témata sexuální výchovy

Témata je potřeba zvolit přiměřeně chronologickému věku a potřebám mentálně postižených jedinců. Například o pubertě potřebují něco vědět všechny děti, v nejlepším případě s předstihem. (Svatoš 2004). V období dospívání je dobré se zaměřit na projevy vlastní sexuality a její prožívání. V neposlední řadě je dobré, aby mentálně postižení jedinci byli poučeni o masturbaci a zásadách hygieny. V případě dívek je nutné rozebrat otázky menstruace a vhodné antikoncepce.

Sexuální výchovy by měla zahrnovat nejen odpovídající informace o lidském těle, ale také trénink sociálních dovedností. Ne vždy stačí pouhý výklad, vzhledem k tomu, že osoby s mentálním postižením nedokáží přenést zkušenost na typovou situaci, je potřeba vyšší míra konkretizace a názornosti.

Témata sexuální výchovy:

- poznávání vlastního těla;
- tělesná hygiena;
- principy přátelství, lásky, věrnosti;
- kultivování sexuálního pudu, intimity;
- orientace v tom, kdo je přítel a kdo ne;
- projevy náklonnosti;
- ochrana před sexuálním násilím;
- problematika antikoncepce;
- sexuální praktiky;
- svěřit se s problémem (Kozáková 2004).

Za velmi závažné a důležité otázky týkající se života mentálně postiženého jedince v dospělém věku považujeme a měli bychom si je v souvislosti s výběrem témat sexuální výchovy klást:

- Bude žít jedinec v partnerském vztahu?
- Prožije svůj život bez partnera pouze v kruhu blízkých osob?
- Je vůbec schopen žít v partnerském vztahu?
- Je schopen si najít partnera, se kterým by sdílel společný život?
- Je schopen vytvořit partnerovi vhodné podmínky ke společnému životu?
- Je společnost připravená respektovat a tolerovat potřeby mentálně postižených lidí? (Šedá 2004).

Základní principy sexuální výchovy u osob s mentálním postižením

- Dle Deklarace práv mentálně postižených z roku 1971 je nutné respektovat jejich práva – právo na prožití vlastní sexuality, právo na sexuální výchovu a osvětu a na rozvoj své sexuality, právo na ochranu před sexuálním zneužitím.
- Je potřeba vzdělávat klienty v malých skupinách (klienti mají být zhruba na stejné mentální úrovni) a máme mít vědomosti o tom, co znají.
- Informace, které klientům poskytujeme, musí být podávány v jednoduchém jazyce a v kratších úsecích. Je nutné znát terminologii a slangová vyjádření a ujistit se, že klient používaným termínům rozumí.
- Rodiče či opatrovníci by měli být informováni o nutnosti sexuální výchovy a sami také své děti učit prožívat sexualitu v sociálně přijatelné podobě. Rodiče se často nechávají ovlivnit různými mýty a předsudky spjatými se sexualitou u mentálně retardovaných jedinců a tak rodičovská úzkost často přechází v hyperprotektivitu. Tímto svým postojem bohužel brání v právech svých dětí. Právě zkušení odborníci by měli jejich obavy zmírnit a tuto problematiku náležitě vysvětlit.
- Nutností u sexuální výchovy je znát základy anatomie, význam antikoncepce a faktory ovlivňující sexuální život klienta.
- Klienti by měli být informováni o ochraně před sexuálním zneužitím a měli by mít možnost si nacvičit sociální dovednosti v praxi.
- Znalost Protokolu o sexualitě je nutností.
- V neposlední řadě se musíme snažit neustále získávat nové poznatky o sexualitě u osob s mentální retardací (Šterbová 2004).

2.2.3 Principy sexuální výchovy

Pondělíčková – Mašlová (1990) při sexuální výchově je zapotřebí dodržovat několik zásad, a proto stručně uvedu základní principy správné sexuální výchovy.

- Princip spontánnosti – vychovávající musí být sám přesvědčen o potřebě a správnosti sexuální výchovy a brát ji jako samozřejmou součást života. Nebude tudíž pro něj problém zvolit správnou formu a chvíli.
- Princip přiměřenosti – jinak budeme tuto problematiku vysvětlovat zdravému jedinci a trochu jinak (ale pravdivě) jedinci mentálně postiženému. Problémy vznikají tehdy,

když rodiče berou své potomky pořád jako malé děti a tak i na ně nahlíží. Není třeba se bát, že jim řekneme něco příliš brzy, než že jim to neřekneme vůbec.

- Princip aktivní imunizace – zatímco v jiných oblastech rodiče aktivně přenášejí své zkušenosti a poznatky, v sexualitě se tak neděje. Pokud dítěti vše vysvětlíme, velmi dobře si vše vstoupí a je jakoby imunizováno proti pozdějším negativním vlivům.
- Princip důvěry – tento princip rodiče přijímají bez problémů, ale většinou jednostranně. Děti mají mít důvěru k rodičům či vychovatelům, ale naopak už to platit nemusí. Rodiče jsou velmi často hyperprotektivní a i v nevinném vztahu mohou vidět nemravné úmysly svých dětí. Samozřejmě že je kontrola nezbytná, ale je nutné věřit.
- Princip pravdivosti – stejně jako malým dětem tak i mentálně postiženým jedincům odpovídáme vždy pravdivě. Zamlčování či zkreslování situace nic neřeší a navíc může přinést pozdější problémy.
- Princip návaznosti – u tohoto principu je důležité postupovat krok za krokem.
- Princip otevřenosti – někteří lidé se domnívají, že je nutné o těchto věcech hovořit intimně a odsuzují různé besedy na toto téma. Ideální je tyto formy prokládat. Při diskuzi jedinci získají zkušenost, že tak jako o ostatních věcech, lze i o těchto věcech mluvit otevřeně a samozřejmě.

2.2.4 Prevence v sexuální výchově

Weiss (2010) definuje pojem antikoncepce takto: „*Antikoncepce je souborný termín pro metody, používané k reverzibilní zábraně početí*“ (Weiss, 2010, s. 275).

Málková (2001) podotýká, že sexuální výchova by se měla aplikovat především u mírnějších forem mentálního postižení. Avšak nelze opomíjet řešení některých sexuálních otázek u těžších retardací, rozhodně nelze zanedbávat sexuální edukaci (Málková, 2001). Mellan (2003) upozorňuje, že zavedení sexuální výchovy pro základní školy je u této populace nemožná, proto doporučuje se zamyslet nad potřebou speciální sexuální výchovy i s ohledem na nebezpečí pohlavního zneužívání. Taktéž upozorňuje na nutnost proškolení personálu (Mellan, 2003). Štěrbová (2010) tvrdí, že sexuální výchova u osob s postižením se často přechází mlčením, domnívá se, že se na osoby s postižením často hledí jako by byli bytostmi asexuálními. Považuje sexuální výchovu osob s handicapem za naplnění jejich práva na vzdělání v oblasti sexuality (Štěrbová, 2010). Dle Prevendárové (1996) jsou jedinci s lehkým

mentálním postižením v rámci sexuální edukace obzvláště zanedbávanou skupinou. Popisuje situace, kdy byly zanedbávány hygienické návyky, předčasný pohlavní život, vztahy ovlivněné alkoholem, hádky a tělesné konflikty (Prevendárová, 2002). Mitlöhner (2003) je přesvědčen, že otevřená sexuální výchova a osvěta musí být dostupná všem a každý má právo na poučení o tak základních věcech jako jsou plánování rodiny, antikoncepce, sexuální problém a případně sexuální deviace (Mitlöhner, 2003). Novosad (2009) říká, že je důležité vytvořit si vyrovnaný, nepředpojatý vztah k sexualitě lidí s postižením, předpoklad k tomu je zralý vztah k sexualitě vlastní (Novosad, 2009). Psycholožka Štěrbová (2011) se s tímto názorem ztotožňuje a praví: „Pokud dotyčný není vyrovnaný se svou vlastní sexualitou, tak v téhle oblasti nemá co dělat. Je důležité, aby pečovatel nezastával odsuzující stanoviska.“ Současně dodává, jak je tento postoj eliminující a bohužel se to někdy týká i řady odborníků (Štěrbová, 2011). Ve své knize Kostelná (2005) popisuje nejednoznačný postoj k sexuální problematice mentálně postižených, protože její mnohaleté zkušenosti z ústavní sociální péče o mentálně postižené ji nutí zamýšlet se nad touto problematikou v širších souvislostech (Kostelná, 2005). Kozáková (2004) se k tomuto názoru vyjadřuje, že vychovatelé nejsou všichni schopni sexuální projevy člověka se zdravotním postižením akceptovat, přestože je sexualita považována za základní lidskou potřebu a sexuální výchova za přirozené právo každého z nás. (Kozáková, 2004). Sexuální osvětou se zabývala ve své publikaci Prevendárová (2002), popisuje důležitost poskytování pravdivých informací a nejen poučovat mládež, ale i jako další rovinu osvěty uvádí rovinu preventivní, kdy klade důraz na poučení a pomoc v konkrétních situacích.

Tato kapitola poukazuje na to, že kvalitní sexuální vzdělání a podpora, může pomáhat adolescentům s mentálním postižením zvýšit jejich znalosti a povědomí. Díky tomuto mohou rozvíjet schopnosti vytvářet dobrá a informovaná rozhodnutí a přispět k redukci nevhodných sexuálních projevů. To vše by mělo vést ke zvýšení kvality života a partnerských vztahů jedinců s mentálním postižením.

3 VÝZKUM

Ústřední problematikou bakalářské práce je zjištění míry informovanosti adolescentů s mentálním postižením v oblasti reprodukčního zdraví. Cílem bakalářské práce pak je zjistit, na základě vyplněných dotazníků od studentů, zda jsou seznámeni se základní problematikou, zda jsou připraveni vést partnerské vztahy, do jaké míry nechají do rozhodování proniknout a zasahovat své blízké a do jaké míry jsou schopni se sami za sebe rozhodovat.

3.1 Cíle šetření

Z teoretické části této práce vyplývá, jakou nezastupitelnou roli hraje partnerský vztah a potřeba intimity v našem životě, v životech lidí s mentálním postižením, stejně tak jako i v životě celé společnosti. Velmi významnou roli v této oblasti hrají rodiny adolescentů, ale také instituce, které v České republice zajišťují vzdělávání. Mezi hlavní cíle této práce patří zjištění, na jaké úrovni se nachází informovanost adolescentů s mentálním postižením v otázkách sexuální připravenosti a reprodukčního zdraví.

K dosažení hlavního cíle je třeba si stanovit cíle dílčí, které dokreslí podstatu hlavního úkolu práce.

3.2 Dílčí cíle

- Zjistit míru informovanosti adolescentů s mentálním postižením o reprodukčním zdraví.
- Předložit poznatky a informace o sexuální edukaci osob s mentálním postižením v České republice.
- Předložit poznatky o sexualitě adolescentů s mentálním postižením.
- Zjistit, zda mají adolescenti s mentálním postižením zájem o partnerské vztahy.
- Zjistit, do jaké míry jsou respondenti ochotni nechat zasahovat rodiče do volby o partnerském životě a sbližování se svými vrstevníky.
- Zjistit, jak dalece adolescenti ovlivňováni svými blízkými a na kolik kolektivem a školním vzdělávacím systémem.
- Zjistit, jakým způsobem studenti získávají potřebné informace.

3.3 Výzkumné otázky

Pro naplnění stanovených dílčích výzkumných cílů je nezbytné zúžit cíle na reálně zkoumatelné oblasti, které by zachycovaly obsahy stanovených cílů. Zúžení je možné formulací výzkumných otázek ve vztahu k cílové skupině respondentů Strauss, Corbinová, (1999).

V souladu s cíli byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jak kvalitní vzdělávání zaměřené na prevenci sexuálního zdraví u adolescentů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením dokáže ovlivnit jejich informovanost a zodpovědné chování v oblasti reprodukce?
2. Jaké mají adolescenti s mentálním postižením sexuální povědomí a potřeby, kvůli kterým je potřeba vhodným způsobem poskytovat všechny informace?
3. Jaké informace v rámci školského vzdělávacího programu získávají adolescenti s mentálním postižením z oblasti sexuální výchovy?
4. Jsou adolescenti ovlivňováni svými rodiči, nebo blízkými v získávání informovanosti o svém sexuálním životě?

3.4 Metoda terénního šetření

Pro bakalářskou práci byla zvolena metoda **kvantitativního výzkumu**, kde pro získání potřebných informací bylo použito **dotazníkového šetření**. Proces kvantitativního výzkumu obvykle zahrnuje úvodní obecnou výzkumnou otázku, sběr velkého množství dat získaných od relativně malého počtu respondentů a jejich organizace do soudržného celku spolu s interpretací výsledků a formulací předběžných závěrů a hypotéz (Nekola, Veselý, Ochrana, 2007). Dotazník byl sestaven práce tak, aby dostatečně vypovídal o připravenosti adolescentů na zahájení vlastního sexuálního života. Jednotlivé otázky se sestavovaly tak, aby korespondovaly s cíly této práce, a zároveň aby se z nich daly vyvodit závěry ohledně vyslovených výzkumných otázek. Metodu dotazníkového šetření jsem preferovala před osobními rozhovory s respondenty. Při sběru dat jsem dala přednost metodě dotazníkové šetření před osobními rozhovory s respondenty. Během pilotních rozhovorů na téma sexuálního povědomí s žáky speciální školy, kde jsem absolvovala praxi, bylo více než

patrné, že hlavně chlapci mají velké zábrany na toto téma hovořit. Dotazníkové šetření umožnilo respondentům komfortnější prožitek výzkumné situace, umožňoval jim lépe se soustředit na dotazované oblasti a vzhledem ke své větší míře anonymizace je zde předpoklad validnějších odpovědí.

Jako součást práce se dotazník nachází v přílohách (Příloha A), kde je uvedeno celé jeho znění. Dotazník obsahoval celkem 32 otázek. Pro lepší přehlednost je členěn na čtyři tematické oblasti. V první části se dotazník zabývá generovou otázkou, aby bylo zřejmé zastoupení chlapců a dívek v šetření a získání základních informací, zda se adolescenti s mentálním postižením již zajímají o své vrstevníky a opačné pohlaví. V druhé části respondenti odpovídali, co považují za svůj zdroj informací na dané téma. V následujícím bloku otázek jsem se zaměřila na otázku vzdělávání adolescentů s mentálním postižením. Poslední okruh otázek se zaměřuje na zjištění přehledu znalostí a osobních postojů adolescentů s mentálním postižením.

3.5 Organizace a průběh sběru dat

Dotazníkové šetření probíhalo v dubnu - květnu 2015. V této době byli osloveni studenti posledních ročníků dvou základních škol a dvou praktických a středních odborných učilišť (Praha, Ústí nad Labem, Louny) a byli požádáni o anonymní vyplnění připraveného dotazníku. V uvedeném šetření byl zvolen způsob osobního dotazování, kde byly dotazníky osobně předány ve třídách, tak způsob zprostředkovaného dotazování, kde byl dotazník zaslán e-mailem vyučujícímu.

V případě šetření v ústecké a lounské praktické a střední odborné škole byly dotazníky poslány na základě ústní dohody s učiteli e-mailem. Oslovení učitelé následně dotazníky vytiskli v potřebném množství, rozdali studentům pro vyplnění a následně je osobně předali zpět. Celkem bylo z ústecké a lounské praktické a střední odborné školy vráceno 33 vyplněných dotazníků. V případě pražských základních škol bylo předáno 27 dotazníků osobně, na základě ústní dohody s učitelem byl jako nejrychlejší způsob dodání dotazníků zvolen způsob zaslání mailem. Oslovený učitel následně dotazník vytiskl v potřebném množství, rozdál studentům pro vyplnění a následně je osobně předal zpět vyplněné. V tomto případě se vrátilo zpět 27 vyplněných dotazníků.

Pro výzkumnou část této práce bylo zpracováno celkem 60 dotazníků.

3.6 Popis šetřeného vzorku osob

Pro účely šetření byli osloveni studenti posledních ročníků speciálních tříd dvou základních škol a studenti ze dvou praktických a odborných učilišť. Každému byl předložen připravený dotazník, který vyplnil anonymně.

Do výběrového souboru bylo zahrnuto 60 respondentů, ve kterém se promítlo rovnocenné zastoupení dívek i chlapců. Z tohoto celkového počtu bylo zastoupeno 30 dívek, což činí 50% a 30 chlapců, tedy 50%.

3.7 Analýza dat získaných dotazníkovým šetřením

První okruh otázek nás má seznámit se základním genderovým rozdělením výzkumného vzorku a zjistit základní informace o tom, zda se adolescenti s mentálním postižením již zajímají o své vrstevníky a opačné pohlaví.

Otázka číslo 1: *Jakého jsi pohlaví?*

Tab. 1:

| Počet dotazovaných respondentů | |
|--------------------------------|----|
| chlapci | 30 |
| dívky | 30 |

Otázka číslo 2: *Kolik je ti let?*

Tab. 2:

| Kolik je ti let? | | | | | | | |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 15 let | 16 let | 17 let | 18 let | 19 let | 20 let | 21 let |
| chlapci | 5 | 4 | 9 | 3 | 3 | 1 | 5 |
| dívky | 5 | 9 | 6 | 4 | 2 | 2 | 3 |

Otázka číslo 3: *Zajímáš se o vztahy mezi dívkou a chlapcem?*

Tab. 3:

| Zajímáš se o vztahy mezi dívkou a chlapcem? | | |
|---|---------------------|----------------------|
| | ano, zajímám | ne, nezajímám |
| chlapci | 20 | 10 |
| dívky | 18 | 12 |

Otázka číslo 4: *S kým jsi se nejvíce radil/a o těchto vztazích?*

Tab. 4:

| <i>S kým jsi se nejvíce radil/a o těchto vztazích?</i> | | | | | |
|--|-------------|---------------|----------|----------------|------------|
| | s rodiči | s kamarády | internet | s partnerem | s nikým |
| chlapci | 8 | 8 | 0 | 0 | 14 |
| dívky | 9 | 9 | 0 | 2 | 10 |

Otázka číslo 5: *Začal/a jsi se zajímat o informace související s pohlavním životem?*

Tab. 5:

| <i>Začal/a jsi se zajímat o informace související s pohlavním životem?</i> | | |
|--|--------------|---------------|
| | ano, zajímám | ne, nezajímám |
| chlapci | 24 | 6 |
| dívky | 22 | 8 |

Otázka číslo 6: *Byl/a jsi někdy zamilovaný/á?*

Tab. 6:

| <i>Byl/a jsi někdy zamilovaný/á?</i> | | |
|--------------------------------------|------------|-------------|
| | ano, byl/a | ne, nebyl/a |
| chlapci | 22 | 8 |
| dívky | 28 | 2 |

Otázka číslo 7: *V současné době s někým chodíš nebo jsi už chodil/a?*

Tab. 7:

| <i>V současné době s někým chodíš nebo jsi už chodil/a?</i> | | | | |
|---|------------------------|-------------------------|---|--|
| | ano, chodím | ne, nechodím | ne, ale již jsem měl/a vztah | ještě jsem s nikým nechodil/a |
| chlapci | 16 | 6 | 8 | 0 |
| dívky | 22 | 7 | 1 | 0 |

Otázka číslo 8: *Napiš, jak by podle tebe měl vypadat ideální vztah a jaké vlastnosti měl by mít tvůj partner?*

Tab. 8:

| <i>Napiš, jak by podle tebe měl vypadat ideální vztah a jaké vlastnosti by měl mít tvůj partner?</i> | | | | | |
|--|----------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------|--------------|
| | hodný/á | hezký/á, chytrý/á | věrný/á, upřímný/á | normální | nevím |
| chlapci | 10 | 5 | 3 | 1 | 11 |
| dívky | 6 | 4 | 14 | 0 | 6 |

3.7.1 Diskuze I. část

Dotazníky byly rozdány celkem 60 respondentům. A to rovnocenně mezi 30 chlapců a 30 dívek.

Skupina 60 respondentů se věkově skládala adolescenty od 15 let až do 21 let. Z dotazníkového šetření vyplývá, že věkově nejpočetnější skupinu obsáhli žáci ve věku 17 a 16 let.

Výsledek tohoto šetření poukázal na to, že adolescenti s mentálním postižením se také zajímají o vztahy s opačným pohlavím. Výsledek mezi chlapci a dívkami vyšel velmi obdobně. Což poukazuje na vyrovnanost zájmu mezi pohlavími. Dá se tedy předpokládat, že každá osoba s mentálním postižením má svou sexualitu a zájem na uspokojení svého pohlavního života individuálně vhodnou formou pro každého jedince. Přesto jsem očekávala zájem u adolescentů o vztahy větší, než je v tomto šetření patrné. Zvažuji také možnost, že by se studenti styděli nebo zdráhali odpovědět kladně, přestože zájem o opačné pohlaví mají, ale zatím si to nepřipouští.

V otázkách, kdy jsem se zajímala o to, kde adolescenti získávají informace o pohlavním životě, je zřejmé, že buď se respondenti nechtějí radit s nikým, nebo nejvíce informací získávají od rodičů a kamarádů. Z těchto výsledků můžeme soudit, jak je důležitá správná informovanost a prevence ve škole. Pokud se děti nechtějí s nikým poradit nebo se svými otázkami svěřit, musíme jim informace vhodným způsobem poskytnout v rámci vzdělávání. Pro mě byl velmi zarážející fakt, že respondenti neuvedli způsob získávání informací pomocí internetu. V dnešní době sociálních sítí a internetových vyhledávačů se jedná o nejrychlejší a nejjednodušší formu získávání jakýchkoliv informací. Přestože může být opravdu matoucí velké množství dat, které si mnohdy protirečí a bývá složité se v této záplavě informací pro adolescenta zorientovat.

Domnívám se, že pro rodiče adolescentů s mentálním postižením je mnohdy těžké smířit se s představou, že jejich dítě dospívá a bude mít svou vlastní sexuální identitu a sexuální potřeby. V případě nejistoty by měli rodiče vyhledat odbornou pomoc, která by jim pomohla tento fakt přijmout a naučit se své dospívající dítě vnímat jako mladého dospělého.

Otázku, zda se respondenti začali zajímat o informace související s pohlavním životem, zodpověděla většina kladně, což nám opět poukazuje na potřebu vhodných informačních kanálů pro dospívající. Sexualita je nezbytnou součástí našeho života a podstatně ovlivňuje naši psychiku, aktivitu a citový život. Sexualita je však pouze dílčí složkou celkového vývoje osobnosti a musíme ji tudíž chápat ve vztahu k ostatním projevům osobnosti (Defektologický slovník, 2000).

Většina odpovědí respondentů odpovídala mé představě, že mají emoční potřeby zamilovat se a být milován/a již v mladistvém věku. S tímto faktem souvisí většina rizik vyplývajících z možnosti ohrožení adolescentů, kteří pokud jsou zamilováni, mohou být více důvěřiví, méně kritičtí, naivní a vystavit se tak potencionálnímu nebezpečí. Dospívající se obecně dostávají

do období vyšších citů, se kterými se doposud nesetkávali a musí se s novými emocemi umět vypořádat, stávají se tak zranitelnějšími než doposud. Domnívám se, že o to více, pokud jsou jejich kognitivní schopnosti sníženy.

Největší počet respondentů uvedlo, že již měli s někým partnerský vztah. Není však jasné, o jaký vztah se jednalo - zda o platonickou lásku nebo opravdový vztah. První pohlavní styk v dospívání je vždy důležitým mezníkem ve vývoji dospívajících dle Friedmana (1993) a zvláště v časně adolescenci potenciálním rizikovým faktorem. Střídání partnerů je totiž výrazně častější než v dospělosti. Je to pochopitelné: jedinec, který teprve hledá svoji vlastní identitu, těžko vytvoří trvalý partnerský vztah Machová, Hamanová (2002).

Velmi mne zajímalo, jak si respondenti představují svého ideálního partnera. Tato otázka byla jednou z těch, kde měli respondenti možnost volného vyjádření s formulací vlastní odpovědi. Odpovědi byla spousta, ale ve své podstatě se s drobnými obměnami adolescenti shodovali na základě hodného, věrného a upřímného protějšku. Početně stejně tak dopadla odpověď „nevím“, z čehož můžeme soudit, že buď respondenti nemají žádnou představu o svém dokonalém protějšku, nebo se touto konkrétní myšlenkou opravdu nikdy nezabývali.

V dalším bloku otázek jsem se snažila zjistit, jaký mají adolescenti s mentálním postižením přístup k získávání informací ohledně sexuálního života. Také mě zajímalo, kde probíhá cílená informovanost a kde oni sami získávají informace.

Otázka číslo 9: *Kde ti byly poskytnuty první informace o dospívání a pohlavním životě? (můžeš volit více možností)*

Tab. 9:

| <i>Kde ti byly poskytnuty první informace o dospívání a pohlavním životě? (můžeš volit více možností)</i> | | | | | | |
|--|----------------------|---------------------|-------------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| | od rodiny | ve škole | z literatury | od kamarádů | z internetu | jiné: |
| chlapci | 10 | 10 | 2 | 12 | 8 | 0 |
| dívky | 26 | 22 | 4 | 12 | 10 | 0 |

Otázka číslo 10: *V jakém věku si myslíš, že je vhodné dostat informace o rozmnožování?*

Tab. 10:

| <i>V jakém věku si myslíš, že je vhodné dostat informace o rozmnožování?</i> | | | | | | |
|--|--------------|--------------|--------------|-------------|-------|---------|
| | ve 12 letech | ve 13 letech | ve 14 letech | v 15 letech | dříve | později |
| chlapci | 6 | 4 | 4 | 14 | 2 | 0 |
| dívky | 5 | 9 | 7 | 9 | 0 | 0 |

Otázka číslo 11: *Bavíš se doma s rodiči o rizicích sexuálního života?*

Tab. 11

| Bavíš se doma s rodiči o rizicích sexuálního života? | | |
|---|-------------------|--------------------|
| | ano, bavím | ne, nebavím |
| chlapci | 8 | 22 |
| dívky | 14 | 16 |

3.7.2 Diskuze II. část

Jako informační zdroj, odkud respondenti získali své první informace o pohlavním životě, uvedli převážně rodinu, kamarády a poté školu. Když se vrátím k otázce číslo 4 „*S kým jsi se nejvíce radil/a o těchto vztazích?*“, můžeme najít podobnost ve výsledcích. Vidíme tedy, že první tok informací a nejčastější tok informací si zachovává stále stejnou posloupnost: rodina, kamarádi a zde nám přibývá škola. Zde je vidět, jak důležitou roli sehrává a adolescenti na ní s důvěrou spoléhají. Zároveň sledujeme rozpor. Je zajímavé, že zde respondenti uvádějí internet jako zdroj prvních informací o sexuálním životě, naopak neuvádějí, že by si sami cíleně vyhledávali pomocí internetu nové informace. Proto považuji za velice důležitou precizní spolupráci rodičů a odborníků - jak lékařů, tak speciálních pedagogů a všech dalších osob, které se na výchově a vzdělávání adolescentů podílejí.

Respondenti se domnívají, že ideální věk pro získání povědomostí o rozmnožování je během 15tého roku života. Podle Conoda a Servaise (2008) se očekávání lidí s mentálním postižením

se v oblasti sexuality a její vyjádření značně liší podle stupně jejich mentálního postižení. V mém výzkumu se pohybujeme v pásnu lehkého a středně těžkého mentálního postižení.

Výsledek otázky, která se týká sdílení ohledně sexuálního života s rodiči je alarmujícím upozorněním. Většina respondentů totiž s rodiči nekonzultuje rizika sexuálního života. Může to působit ostych jak z jejich strany, tak ze strany rodičů. Přitom, jak uvádí veškerá literatura, rodina je primární sociální skupinou adolescenta a informace pocházející od ní by měly mít největší váhu pro život. Opět se tedy dostáváme k ukazateli, jak je edukace v sexuální výchově a jejich rizicích důležitým prvkem ve výchově. Pokud není problém v ostychu rodiny, může se jednat, jak uvádí literatura o nepřipuštění si možnosti, že jejich dítě s mentálním postižením bude žít sexuálním životem. Někteří rodiče se domnívají, že sexuální vývoj jejich dětí bude opožděný, že se jejich dítě bude pomaleji vyvíjet, protože je postižené Moss (2010). Rodiče často vnímají své dítě s postižením jako neschopné mít sexuální vztahy, vdát se či oženit se, mít děti, obávají se často autoerotického sexuálního chování dítěte, jakýchkoliv znaků souvisejících se sexualitou, fyzického rozvoje v průběhu puberty, genitální hygieny, nechtěného těhotenství, pohlavních nemocí; trapných a zraňujících situací v běžné realitě Bavlan (2004). Je pro ně těžké hovořit s dítětem o sexualitě a zažívají úzkost spjatou s obavami, jak se sexualitou bude jejich dítě vyrovnávat v běžném sociálním životě, což zvyšuje obavy ze sexuality jejich dětí Schwier (2003).

Závěrem z toho vyplývá, že při špatném celkovém přístupu rodičů a odborníků, kteří by rodičům vše podrobně vysvětlili, může dojít až ke snaze rodičů sexualitu svých dospívajících dětí potlačit Šulová, Fait, Weiss (2011).

V následujícím bloku otázek jsem se zaměřila na otázku vzdělávání adolescentů s mentálním postižením. Odpovědi jsou čistě subjektivní výpovědi respondentů, více se o začlenění sexuální výchovy do vzdělávacího programu věnuji v kapitole „Sexuální výchova“.

Otázka číslo 12: *Máš/měl/a jsi ve škole předmět, který se otázkám sexuálního zdraví věnuje?*

Tab. 12:

| <i>Máš/měl/a jsi ve škole předmět, který se otázkám sexuálního zdraví věnuje?</i> | | |
|---|------------------|-------------------|
| | ano, máme | ne, nemáme |
| chlapci | 2 | 28 |
| dívky | 5 | 25 |

Otázka číslo 13: *Pokud ano, jakou formou tato výuka probíhá? (můžeš volit více možností)*

Tab. 13:

| <i>Pokud ano, jakou formou tato výuka probíhá?</i> | | | |
|--|------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| | přednášky | diskuze a konverzace | video ukázky, prezentace |
| chlapci | 2 | 6 | 4 |
| dívky | 4 | 10 | 8 |

Otázka číslo 14: *Domníváš se, že jsi získal/a dostatek informací o rizikovém sexuální chování a jeho následcích v rámci výuky na vaší škole?*

Tab. 14:

| <i>Domníváš se, že jsi získal/a dostatek informací o rizikovém sexuální chování a jeho následcích v rámci výuky na vaší škole?</i> | | |
|--|--|------------------------------------|
| | ano, domnívám se, že vím vše potřebné | ne, škola mě málo informuje |
| chlapci | 26 | 4 |
| dívky | 29 | 1 |

3.7.3 Diskuze III. část

V otázce, zda mají adolescenti ve škole předmět, který by je informoval v otázkách o reprodukčním zdraví, uvedla většina zápornou odpověď, přestože ve své výuce mají nebo již měli zařazený předmět rodinné výchovy. Zde uvádí literatura jisté terminologické rozpory, které zvláště u chápání adolescentů s mentálním postižením může přinášet. Konkrétně se týká dříve používaného názvu předmětu sexuální výchova, který se změnil na rodinnou výchovu. Kdyby měli respondenti ve škole předmět s názvem sexuální výchova, všichni by jednoznačně odpověděli, že tento předmět, který přináší informace o reprodukčním zdraví, ve své výuce mají nebo již měli. Tato diskrepance více vynikne ve výchově sexuálních menšin, jako jsou právě osoby s mentálním postižením. Podle Uzla (2009) přitom není sporu o tom, že jejich sexuální výchova je naprosto nezbytná, zatímco výchova k rodičovství je značně problematická. Tento nomenklaturní paradox se zřetelně projeví u osob s těžším mentálním postižením. Pojem výchova k manželství a rodičovství u nich nemůže fungovat jako náhrada nebo dokonce širší termín. U osob s lehkým mentálním postižením bychom mohli uvažovat i o pojmu výchova k manželství a rodičovství používaném u běžné populace. Většina osob s těžším mentálním postižením nebude uzavírat manželství a vychovávat své děti, proto se jako vhodnější jeví název sexuální výchova a příprava na partnerství osob s mentálním postižením.

Vzhledem k tomu, že i metodika pro práci s mentálně postiženými uvádí potřebu pracovat s konkrétními názvy a příklady se domnívám, že by bylo vhodnější vyučovat předmět s názvem sexuální výchova nebo partnerská výchova. Interpretaci srk RVP podrobněji rozvádím v teoretické části práce.

Respondenti uvádějí, že nejčastější forma výuky je pomocí diskuze a konverzací. Tuto otázku vyplnili pouze respondenti, kteří v předešlé otázce odpověděli, že ve škole mají nebo měli výuku o reprodukčním zdraví. Zde uvádím nejvhodnější formy a přístupy, dle literatury. Těžiště sexuální výchovy tkví v interaktivní skupinové a zážitkové formě práce, díky nimž si osoby s mentálním postižením mohou navzájem vyměňovat zkušenosti, poslouchat různorodé argumentace a reagovat na ně, zbavovat se obav a předsudků. Podle Poppera (2002) jsou v sexuální výchově osob s mentálním postižením vhodné skupinové formy práce, při nichž je nezbytné si hned od začátku vytvořit s účastníky vztah důvěry a bezpečí, postupovat po malých krůčcích s následným opakováním a sumarizováním probíraných témat, ponechat dostatečný prostor pro diskuzi, pracovat se situacemi a ilustracemi z konkrétního života, uvádět příklady a případové studie, které si dokážou představit. Důležité jsou také individuální pohovory a rozhovory, jež poskytují srozumitelné a praktické rady o sexuálním životě Slowík (2009).

Výsledky této otázky odpovídají směru, který uvádí odborná literatura, pro metodiku práce sexuální výchovy pro osoby s mentálním postižením.

Většina respondentů uvedla, že škola poskytuje dostatek informací o rizikovém sexuálním chování, přestože v otázce číslo 4. uváděli, že nemají konkrétní předmět, který by se danou problematikou zabýval. Můžeme si to vysvětlit tak, že studentům se nabízí nárazové projektové vyučování, různorodé přednášky. Další možností je vzdělávání v této problematice během předmětů, jako je občanská výchova, či osobnostní a sociální výchova. Mezi sexuální rizika můžeme řadit nechtěné těhotenství, pohlavně přenosné choroby a závažné riziko sexuálního zneužívání osob s mentálním postižením. Literatura uvádí nejčastější důvody rizika zneužití. Problém sexuálního zneužívání se dotýká populace jako takové, ale u jedinců s mentálním postižením působí celá řada faktorů, jež toto nebezpečí zvyšují. Podle Walker-Hirsche (2007) lidé s mentálním postižením mohou mít chabý sociální úsudek a potíže s předvídáním následků svého jednání. Bývají vyhledáváni jako oběti ne proto, že by se provokativně oblékali nebo se zdržovali na odlehlých místech, ale proto, že jsou považováni

za méně důvěryhodné ohlašovatele zneužití a zároveň je menší pravděpodobnost, že jim někdo uvěří, protože nejsou schopni podat přesvědčivou výpověď Sobsey (1994).

Z těchto specifických důvodů považuji řádnou prevenci a informovanost adolescentů za jednoznačně nepodcenitelnou.

Poslední okruh otázek se zaměřuje na zjištění přehledu znalostí a osobních postojů adolescentů s mentálním postižením. Některé otázky zabíhají až do okruhu biologie a nastíní nám, jak široké spektrum vědomostí respondenti mají.

Otázka číslo 15: *V kolika letech si myslíš, že probíhá dospívání?*

Tab. 15:

| <i>V kolika letech si myslíš, že probíhá dospívání?</i> | | | | |
|---|-----------------|------------------|------------------|-------------------------------|
| | 9-11 let | 10-20 let | 14-18 let | je to individuální |
| chlapci | 0 | 8 | 16 | 6 |
| dívky | 0 | 18 | 9 | 3 |

Otázka číslo 16: *Víš, jak dlouho u dívek trvá menstruační cyklus?*

Tab. 16:

| <i>Víš, jak dlouho u dívek trvá menstruační cyklus?</i> | | | | |
|---|--------------|---------------|---------------|---------------|
| | 5 dní | 14 dní | 21 dní | 28 dní |
| chlapci | 18 | 10 | 0 | 2 |
| dívky | 16 | 2 | 0 | 12 |

Otázka číslo 17: *Víš, jak se nazývá ženský pohlavní hormon?*

Tab. 17:

| <i>Víš, jak se nazývá ženský pohlavní hormon?</i> | | | | |
|---|------------------|------------------|-----------------|--------------|
| | prolaktin | adrenalin | estrogen | nevím |
| chlapci | 0 | 4 | 18 | 8 |
| dívky | 0 | 0 | 28 | 2 |

Otázka číslo 18: *Víš, jak se nazývá mužský pohlavní hormon?*

Tab. 18:

| <i>Víš, jak se nazývá mužský pohlavní hormon?</i> | | | | |
|---|----------------|-----------------|--------------------|--------------|
| | inzulin | oxytocin | testosteron | nevím |
| chlapci | 0 | 0 | 18 | 12 |
| dívky | 0 | 0 | 28 | 2 |

Otázka číslo 19: *Víš, kde se v těle vytváří spermie?*

Tab. 19:

| <i>Víš, kde se v těle vytváří spermie?</i> | | | | |
|--|-----------------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| | v penisu | v močovém měchýři | v chámovodu | ve varlatech |
| chlapci | 10 | 0 | 20 | 0 |
| dívky | 1 | 0 | 3 | 26 |

Otázka číslo 20: ***Víš, kde uzrávají vajíčka?***

Tab. 20:

| <i>Víš, kde uzrávají vajíčka?</i> | | | | |
|--|----------------|-----------------|---------------------------|--------------|
| | v břiše | v děloze | ve vaječnících | nevím |
| chlapci | 14 | 8 | 8 | 0 |
| dívky | 8 | 18 | 2 | 2 |

Otázka číslo 21: ***Víš, kde se umístí vajíčko po oplodnění spermií?***

Tab. 21:

| <i>Víš, kde se umístí vajíčko po oplodnění spermií?</i> | | | | |
|--|----------------|-----------------|---------------------------|--------------|
| | v břiše | v děloze | ve vaječnících | nevím |
| chlapci | 2 | 22 | 4 | 2 |
| dívky | 3 | 24 | 3 | 0 |

Otázka číslo 22: ***Víš, jak dlouho trvá u ženy těhotenství?***

Tab. 22:

| <i>Víš, jak dlouho trvá u ženy těhotenství?</i> | | | | |
|--|------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| | 12 měsíců | 6 měsíců | 9 měsíců | 20 měsíců |
| chlapci | 6 | 0 | 24 | 0 |
| dívky | 0 | 0 | 29 | 1 |

Otázka číslo 23: *Souhlasíš z etického hlediska s umělým přerušáním těhotenství? (interrupcí)*

Tab. 23:

| <i>Souhlasíš z etického hlediska s umělým přerušáním těhotenství?</i> | | | |
|---|------------|-----------|---|
| | ano | ne | nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a |
| chlapci | 8 | 4 | 18 |
| dívky | 9 | 7 | 14 |

Otázka číslo 24: *K čemu všemu slouží prezervativ?*

Tab. 24:

| <i>Souhlasíš z etického hlediska s umělým přerušáním těhotenství?</i> | | | |
|---|-------------------------------|---|---|
| | k zabránění otěhotnění | k zabránění otěhotnění a nákaze sexuálně přenosných chorob | k ochraně před ztrátou panenství |
| chlapci | 6 | 22 | 2 |
| dívky | 7 | 23 | 0 |

Otázka číslo 25: *Jaké druhy antikoncepce znáš? Napiš:*

Tab. 25:

| <i>Jaké druhy antikoncepce znáš?</i> | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| | hormonální antikoncepce | prezervativ | čípky | pesar | nevím |
| chlapci | 16 | 8 | 0 | 0 | 14 |
| dívky | 22 | 4 | 2 | 2 | 12 |

Otázka číslo 26: *Myslíš si, že hormonální antikoncepce brání před nákazou sexuálně přenosnými chorobami?*

Tab. 26:

| <i>Myslíš si, že hormonální antikoncepce brání před nákazou sexuálně přenosnými chorobami?</i> | | | |
|--|------------|-----------|--------------|
| | ano | ne | nevím |
| chlapci | 8 | 12 | 10 |
| dívky | 3 | 22 | 5 |

Otázka číslo 27: *Kdy si myslíš, že je vhodná doba pro zahájení pohlavního života?*

Tab. 27:

| <i>Kdy si myslíš, že je vhodná doba pro zahájení pohlavního života?</i> | | | | |
|---|------------------|------------------|-----------------------|-----------------|
| | 13-15 let | 15-17 let | po 18.tém roce | jiný věk |
| chlapci | 4 | 16 | 8 | 2 |
| dívky | 0 | 20 | 10 | 1 |

Otázka číslo 28: *Víš, do kolika let je v České republice pohlavní styk trestný? Doplň:*

Tab. 28:

| <i>Víš, do kolika let je v České republice pohlavní styk trestný?</i> | | | | | |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| | 13 let | 14 let | 15 let | 18 let | nevím |
| chlapci | 5 | 3 | 16 | 2 | 4 |
| dívky | 5 | 5 | 20 | 0 | 0 |

Otázka číslo 29: *Otázka pro dívky: Co bys dělala, kdybys zjistila, že jsi gravidní? (těhotná)*

Napiš:

Tab. 29:

| <i>Otázka pro dívky: Co bys dělala, kdybys zjistila, že jsi gravidní?</i> | | | | | | |
|---|------------|---------------------------|------------------------------|---|--------------------|----------------------------|
| | podle věku | vyřešila bych to s rodiči | vyřešila bych to s partnerem | byla bych v šoku/ asi bych se zbláznila | šla bych na potrat | nikdy bych nešla na potrat |
| dívky | 3 | 3 | 3 | 7 | 9 | 5 |

Otázka číslo 30: *Otázka pro chlapce: Co bys dělal, kdybys zjistil, že tvá dívka je gravidní? (těhotná)* *Napiš:*

Tab. 30:

| <i>Otázka pro chlapce: Co bys dělal, kdybys zjistil, že tvá dívka je gravidní?</i> | | | | | |
|--|------------------------------------|---------------------------|------------------------------|----------------------------------|-------|
| | našel bych si práci a zajistil nás | vyřešil bych to s rodinou | vyřešil bych to s přítelkyní | poslal bych přítelkyni na potrat | nevím |
| chlapci | 7 | 3 | 3 | 5 | 12 |

Otázka číslo 31: *Jsou nějaké informace, které ti v oblasti pohlavního života chybí? Napiš:*

Tab. 31:

| <i>Jsou nějaké informace, které ti v oblasti pohlavního života chybí?</i> | | |
|---|----|-------|
| | ne | nevím |
| chlapci | 24 | 6 |
| dívky | 18 | 12 |

Otázka číslo 32: *Nyní máš prostor pro tvé vyjádření, pokud máš něco, co bys chtěl/a sdělit nebo upřesnit?*

Na tuto otázku nikdo kladně neodpověděl.

3.7.4 Diskuze IV. část

Respondenti více než z poloviny uvádějí správnou odpověď, že období dospívání trvá jednu dekádu života od 10 do 20 let. Tento fakt je opírá o literaturu (Vágnerová, 2005), že dospívání se dělí na dvě ucelené fáze. Ranou adolescenci, označovanou jako pubescenci, zahrnuje prvních pět let dospívání. Je časově lokalizována přibližně mezi 11. a 15. rok s určitou individuální variabilitou. Nejnápadnější změnou je tělesné dospívání, spojené s pohlavním dozráváním, tj. pubertou. V souvislosti s tím se mění zevnějšek dospívajícího a stává se podnětem ke změně sebepojetí i reakce okolí. A období pozdní adolescence zahrnuje dalších pět let života, trvá přibližně od 15 do 20 let s určitou individuální variabilitou, zejména v oblasti psychické a sociální. Vstup do fáze pozdní adolescence je biologicky vymezen pohlavním dozráním, v této době obvykle dochází k prvnímu pohlavnímu styku. Pochopitelně tento vývoj je velmi specifický a individuální u každého jedince a také závisí na stupni mentálního postižení.

Jedna z následujících otázek se týkala znalosti o průběhu menstruačního cyklu. Tato otázka by mohla být těžší i pro adolescenty z intaktní společnosti, avšak vzhledem k tomu, že se pohybujeme i pásmu lehké mentální retardace, usoudila jsem za vhodné zapojit témata i tohoto typu. U této otázky více než polovina respondentů uvedla chybný údaj 5 dní. Druhá nejčastější odpověď je správná, 28 dní je obecně považováno za průměrnou hodnotu menstruačního cyklu ženy. Funkcí menstruačního cyklu je příprava děložní sliznice na uhnízdění oplodněného vajíčka. Nedojde-li k oplození, odumírá povrchová (funkční) vrstva sliznice, odlupuje se a spolu s krví porušených cév a neoplozeným vajíčkem odchází pochvou (menstruace). První den menstruačního krvácení je prvním dnem menstruačního cyklu. Menstruace trvá asi pět dní. (Machová, Hamanová, 2002) U této otázky si respondenti pravděpodobně zaměnili pojmy menstruační cyklus s menstruací. To by také odpovídalo poměru odpovědí.

U otázek, které se týkaly znalostí o pohlavních hormonech, již více zaměřené na znalosti respondentů, odpověděla většina správně, tudíž že ženský pohlavní hormon je estrogen. Nejdůležitější funkcí estrogeneru je vliv na vývoj a funkci ženských pohlavních orgánů a rozvoj sekundárních pohlavních znaků. Stejně jako u předchozí otázky, zaměřené na znalosti respondentů odpověděla většina správně, tudíž že mužský pohlavní hormon je testosteron. Nejdůležitější funkcí testosteronu je vliv na vývoj a funkci mužských pohlavních orgánů a rozvoj sekundárních pohlavních znaků.

U výsledků nadcházející otázky si můžeme povšimnout, že respondenti odpovídají ani ne z celé poloviny správně. Spermie se vytváří ve varleti, v párové mužské pohlavní žláze vejčitého tvaru. Semenotvorné kanálky jsou vystlány epitelem z buněk dvojího druhu: z spermiogenních buněk a Sertoliho podpůrných buněk. Sertoliho buňky vytvářejí ochranné prostředí pro vývoj spermií a zajišťují jim výživu. Spermiogenní buňky se nachází v různém stádiu vývinu a od puberty po celý život se z nich tvoří mužské pohlavní buňky – spermie. Každou hodinu se ze stěny semenotvorných kanálků uvolňuje asi 1 milion zralých spermií, které opouštějí varle vývodními kanálky v jeho zadní stěně a dostávají se do nadvarlete (Machová, Hamanová, 2002, str. 22).

Za předpokladu, že všichni adolescenti mají nebo měli ve škole biologii, bych očekávala alespoň více než polovinu správných odpovědí.

U nadcházející otázky zodpovědělo správně pouze 20% dotazovaných respondentů. Vajíčka dozrávají ve vaječníku, párové ženské pohlavní žláze. Kůra obsahuje několik druhů folikulů, které se liší stupněm vývoje. Během jednoho cyklu se jeden z folikulů změní v Graafův folikul, ve kterém dozrává vajíčko a tvoří se ženské pohlavní hormony. Ve fertilním věku ženy, který se počítá průměrně od 15 do 45 let, dozraje asi 450 vajíček. (Machová, Hamanová, 2002, str. 24)

Nejvíce respondentů uvedlo odpověď, že vajíčka dozrávají v břiše. Podle logiky by se i tato blíže nespecifikovaná odpověď dala pro adolescenty s mentálním postižením považovat také za správnou, ačkoliv nepřesnou.

Na další otázku většina respondentů odpověděla správně, že vajíčko se po oplodnění spermií uhnízdí v děloze. Děloha slouží k uhnízdění oplozeného vajíčka a k vývoji zárodku a plodu.

V otázce délce těhotenství jsou respondenti dobře informováni. Celých 88% zodpovědělo správně.

Velmi mě zajímaly názory, která se týkala interrupce. Zde jsou odpovědi více než z poloviny ve smyslu toho, že respondenty nikdy nenapadlo se touto otázkou zabývat a nemají na ní jasný názor. Interrupce neboli umělé přerušení těhotenství je záměrný zákrok, který ukončuje těhotenství. Interrupce představují zdravotní, psychický, sociální a etický problém. Přední český psycholog Matějček (2000) ve své knize Škola rodičů uvádí tři roviny výchovy k plánovanému rodičovství. Předně jsou to opatření organizační a technická. Tím myslí především dostupnou antikoncepci a všechna potřebná poučení, kterých by se mělo dětem a dospívající mládeži dostat vhodnou formou v náležité míře. Druhou rovinou prevence je vzdělávání a osvěta. Sem patří vzdělávací programy školní i mimoškolní, v nichž se probírají otázky lásky, erotických a pohlavních vztahů, lidské sexuality apod. Třetí a nejdůležitější rovina je rovina výchovy citové a mravní (Machová, Hamanová, 2002, str. 95). Haškovcová (2002, str. 22) uvádí, že ochrana nenarozených dětí je žádoucí a dostupnost odborně vykonávaných interrupcí je nutná. Také konstatuje, že: „Lidské embryo je budoucí dítě, a proto si vyžaduje ochranu.“

Domnívám se, že hlavní úloha prevence spadá na rodinu, školu a celý systém společnosti, a aby k umělému ukončení těhotenství nemuselo vůbec docházet.

Více než polovina respondentů odpověděla správně, že prezervativ chrání nejen před nechtěným otěhotněním, ale také před nákazou pohlavně přenosných chorob. V souvislosti s užíváním kondomu se Kozáková (2009) vyjadřuje o potřebě zvážit u těchto mužů, zda správně zvládají techniku bezpečného používání prezervativu. S tímto názorem souhlasím a domnívám se, že je potřeba názorného a praktického cvičení. Lidé s mentálním postižením potřebují konkrétní informace, které mohou být pro pracovníky v edukačním systému náročné a mnohdy až nepříjemné.

Téměř celá polovina respondentů uvedla hormonální antikoncepci, avšak na druhém místě nejčastěji odpovídali, že nevědí. Gynekolog Havlín (2009) se k volbě hormonální antikoncepce pro mentálně postižené vyjadřuje obecně. Vidí tuto skupinu jako nehomogenní, jak mírou, typem postižení, tak i endokrinologicky, uvádí častý výskyt záchvatovitých a jiných doprovodných onemocnění a z důvodu různého sociálního zázemí i nutnost individuálního přístupu ke každé klientce. V závěru se vyjadřuje, že jednoduchý recept neexistuje, výhodou je erudovaný lékař v dětské a dorostenecké gynekologii a nutná je spolupráce neurologa, psychologa a neopomíjí nezastupitelnost role rodiny (Havlín, 2009).

Více jak polovina dotazovaných respondentů uvádí správně, že hormonální antikoncepce není ochranou před sexuálně přenosnými chorobami. Z nesprávných odpovědí vyplývá, že menší povědomí o zmíněné problematice mají chlapci. Přesto mne překvapil poměrně vysoký počet nesprávných odpovědí, ať to byly odpovědi respondentů, kteří nevědí, či si myslí, že je hormonální antikoncepce dostačující ochrana před přenosem nákazy. Domnívám se, že je to zapříčiněno nedostatečnou osvětou sexuální výchovy jak z rodiny, tak ve vzdělávacích institucích. Sesbíraná data jen potvrzují, že je potřeba do vzdělávacích programů zařadit sexuální výchovu ve větší a důslednější míře.

Většina dotazovaných respondentů se shoduje, že vhodný věk na zahájení pohlavního života je 15-17 let. V tomto případě se poměr odpovědí dívky x chlapci téměř shoduje. Jsem přesvědčena, že jsou tyto odpovědi ovlivněny mediálními informacemi o legální hranici sexuálního života s věkovou hranicí od 15 let věku. Naproti těmto odpovědím mě překvapil poměrně vysoký počet respondentů, kteří shodně odpovídali, že vhodnou věkovou hranicí je věk po 18.ém roce života. V tomto případě je viditelný rozdíl v odpovědích chlapci x dívky. Tuto hranici vidí dívky jako vhodnou ve větší míře než chlapci. V dalším případě se opět setkáváme s rozlišností mezi odpověďmi dívky x chlapci. Z celkového sběru dat vyplývá, že pro chlapce je vhodný věk i 13-15 let, oproti dívkám, které tento věk nepovažují vůbec za vhodný. V případě výše uvedené otázky můžeme konstatovat, že většina respondentů má povědomí o právní způsobilosti zahájení pohlavního života. Naproti tomu mne překvapili respondenti, kteří v 17 procentech odpověděli, že tato věková hranice je 13 let. Domnívám se, že je to opět způsobeno nedostatečnou sexuální výchovou a častým ostychem rodičů, kteří s dětmi na toto téma doma nehovoří.

V případě sběru dat k otázce, která úzce souvisela, s důvěrou k rodině v případě těhotenství, mne velmi překvapily nízké počty odpovědí, kde by se dívky chtěly s problémem svěřit rodině, či partnerovi. Myslím si, že z těchto odpovědí vyplývá, jak malá důvěra je v rodinách a k partnerům. Naopak nejvyšší počet odpovědí bylo pro řešení umělého přerušování těhotenství. Domnívám se, že dívky vůbec, nebo jen velmi málo, nemají povědomí, jaké následky a komplikace toto řešení může pro ně znamenat. Opět narážíme na nedostatek osvěty na téma rodina, rodičovství atd.

Skoro polovina dotazovaných chlapců by vůbec pro vzniklou situaci neměli řešení. Zde myslím narážíme na globální problém legálně nízké věkové hranice pro zahájení pohlavního života. V tomto věku nejsou děti připravené pro řešení následků, které jsou s pohlavním

životem spojeny. Ve srovnání s předchozím grafem, kdy jen velmi malý počet dotazovaných dívek svůj problém chtěly řešit s rodinou, narážíme na stejný problém u chlapců. Stále narážíme na stejný problém, nedostatek informací v oblasti sexuální výchovy, rodinné výchovy a rodičovství.

V poslední otázce, kdy mohli respondenti uvést, zda si myslí, že jim chybí některé informace o sexuálním životě nikdo z dotazovaných respondentů, nevyužil možnost napsat konkrétní dotaz. Většina dotazovaných odpověděla, že jim žádná informace nechybí. Ve srovnání s odpověďmi předchozích otázek je patrné, že informace chybí ve velké míře a to bez rozdílu pohlaví.

V souladu s cíli byly stanoveny výzkumné otázky a po analýze výsledků a uplatnění postupů je možné nyní odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

1. Jak kvalitní vzdělávání zaměřené na prevenci sexuálního zdraví u adolescentů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením dokáže ovlivnit jejich informovanost a zodpovědné chování v oblasti reprodukce?

Podstatou a cílem sexuální výchovy tvoří vše, co přispívá k výchově celistvé a informované osobnosti. A jak vypovídají data z dotazníků, dokáže ovlivnit jejich schopnosti poznávat a chápat informace z hodin, které se na sexuální výchovu zaměřují. Výsledek šetření poukázal na to, že adolescenti s mentálním postižením se také zajímají o vztahy s opačným pohlavím a více než polovina respondentů uvedla, že škola poskytuje dostatek informací o rizikovém sexuálním chování. Z tohoto vyplývá, že školský vzdělávací systém, dokáže ovlivnit adolescenty s lehkým a středně těžkým mentálním postižením v otázkách sexuální výchovy.

2. Jaké mají adolescenti s mentálním postižením sexuální povědomí a potřeby, kvůli kterým je potřeba vhodným způsobem poskytovat všechny informace?

Obvykle se sexuální vývoj jedinců s mentálním postižením zpomaluje, ovšem někdy se díky médiím a přístupu k internetu může naopak urychlit. Všeobecně však dospívají k sexuální zralosti a měli bychom umožnit naplnění práva na plnohodnotný partnerský život. Jak vyšlo z dotazníkového šetření, za předpokladu, že všichni adolescenti mají nebo měli ve školeologii, bych očekávala alespoň více než polovinu správných odpovědí. Ovšem, musíme přihlédnout k faktu, že se respondenti pohybují v pásmu lehké a středně těžké mentální

retardace. Jak se dalo předpokládat a z dotazníkového šetření to také vyplývá, respondenti by měli mít více znalostí ohledně sexuálního života a reprodukčního zdraví. To, že mají své potřeby, nám potvrzují data z dotazníku, kde respondenti uvádějí zájem o opačná pohlaví a partnerské vztahy.

3. Jaké informace v rámci školského vzdělávacího programu získávají adolescenti s mentálním postižením z oblasti sexuální výchovy?

Vymezení cílů školní výchovy, se konkrétně promítá do vyučovacího obsahu. Sexuální výchova má přesně vymezený obsah z hlediska věkových kategorií dětí a mládeže. Obecně lze konstatovat, že obsahem sexuální výchovy jsou vědomosti, postoje, dovednosti, návyky a chování, které má žák během sexuální výchovy získat (Janiš, Täubner, 1999). Jak vyplývá z dotazníkového šetření, studenti s lehkým a středně těžkým mentálním postižením, dostávají veškeré informace o sexuální výchově a nemají dojem, že by jim některé informace scházely. Toto je však pouze subjektivní dojem respondentů, který je v rozporu s jejich konkrétními znalostmi a povědomím a sexuálním životě.

4. Jsou adolescenti ovlivňováni svými rodiči, nebo blízkými v získávání informovanosti o svém sexuálním životě?

Správně prováděná sexuální výchova se neobejde bez kontaktu s rodiči a jako hlavní informační zdroj, odkud respondenti získali své první informace o pohlavním životě, uvedli převážně rodinu, kamarády a poté školu. Proto považují za velice důležitou precizní spolupráci rodičů a odborníků - jak lékařů, tak speciálních pedagogů a všech dalších osob, které se na výchově a vzdělávání adolescentů podílejí. Informace získané od rodičů mají vždy velkou váhu, avšak ne vždy se rodina umí k tomuto tématu správně postavit.

ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsem se zabývala problematikou sexuální výchovy u jedinců s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Cílem práce bylo analyzovat a zmapovat informovanost a připravenost jedinců s mentálním postižením na sexuální život a rodičovství. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část je rozdělena na dvě hlavní kapitoly. První kapitola se zabývá klasifikací, etiologií a podrobnějším dělením mentální retardace. Dále se také zabývá rozbořem osobnosti a prožíváním jedince s mentálním postižením. V druhé kapitole popisují lidskou sexualitu a její specifika. Podrobněji se zabývám sexuální výchovou, principy, prevence a je zde zmíněn její průběh a kurikulární dokumentace. V praktické části jsem si nekladla za cíl podrobně rozebrat všechny dílčí cíle, ale domnívám se, že jsem postihla většinu z nich. Šetření proběhlo v rámci výzkumu se 60 respondenty, výsledky nemůžeme tedy zobecňovat, přesto mohu formulovat určité závěry. Sběr dat potvrdil, že školní vzdělávání ve zmiňované oblasti není dostačující a adolescenti s mentálním postižením nemají dostatečné povědomí o rizicích sexuálního života. Jak jsem již v této práci zmínila, je nezbytně nutné, aby i jedinci s mentálním postižením byli dobře a systematicky připravováni na sexuální život. V souladu s výše uvedenými cíli jsem si ve své práci stanovila několik výzkumných otázek. Zda kvalitní vzdělávání zaměřené na prevenci sexuálního zdraví u adolescentů s lehkým a středně těžkým mentálním postižením dokáže ovlivnit jejich informovanost a zodpovědné chování v oblasti reprodukce. Jsem přesvědčena, že v každém případě by se měli jedinci s mentálním postižením zúčastňovat pravidelných výukových programů, více se vzájemně informovat a sdělovat si problémy, které ve svých „světech“ mají. V případě zařazení kvalitních výukových programů jistě lze ovlivnit zodpovědné chování v oblasti reprodukce. Nemalou roli v tomto případě je zastoupení rodiny. V případě další výzkumné otázky musím konstatovat, že adolescenti s mentálním postižením mají své sexuální povědomí a potřeby, které se jim musí umožňovat naplnit. To, že mají své potřeby, nám potvrzují data z dotazníku, kde respondenti uvádějí zájem o opačná pohlaví a partnerské vztahy. U třetí výzkumné otázky jsem zjistila, školské vzdělávací systémy nemají propracované, systematicky se navazující programy v rámci sexuální výchovy. Často tyto programy nahrazují jen nepravidelné, na sebe nenavazující přednášky se zmíněnou tematikou. Takže sice dostávají určité informace o sexuálním a partnerském životě, ovšem vhodné by bylo systematictější propracování a aplikace ve výuce. V neposlední řadě otázka, zda jsou adolescenti ovlivňováni svými rodiči, nebo blízkými

v získávání informovanosti o svém sexuálním životě mohu potvrdit. Jako hlavní informační zdroj, odkud adolescenti získali své první informace o pohlavním životě, uvedli právě rodinu. Z dotazovaných respondentů větší část odpovídala kladně i v případě, že by svůj problém s neplánovanou graviditou řešili v rámci rodiny. V mé práci jde o téma, které je třeba i dále hlouběji zkoumat, například i jinými metodami, než jen formou dotazníků. Mohli bychom využít také formu rozhovorů nejen s adolescenty, ale i s pedagogy a rodinou. Bylo by také velmi zajímavé tento dotazník rozšířit i mezi stejnou věkovou skupinu intaktních adolescentů a jejich výsledky mezi sebou porovnat a ze získaných výsledků upravit vzdělávací program pro studenty s mentálním postižením do vylepšených verzí. Jedná se o fenomén, který má vliv na kvalitu života osob s mentální retardací a získaný obraz informací od nich samotných může být zpětnou vazbou pro rodiče těchto mladistvých a pedagogy, jak mohou v rámci sexuální výchovy s adolescenty s mentálním postižením pracovat.

Seznam použitých informačních zdrojů:

- AUNOS, M. a FELDMAN, M.A. 2002. *Attitudes towards Sexuality, Sterilization and Parenting Rights of Persons with Intellectual Disabilities*. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities [online]. 2002, 15(4), 285—296. [cit.11.04.2013]. ISSN 13602322.
- BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- BINAROVÁ, I. *Partnerství, sexualita a rodina*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2000. ISBN 80-244-0138.
- CAPPONI, V., NOVÁK, T., HAJNOVÁ, R. *Sexuologický slovník*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-115-1.
- ČERNÁ, M. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.
- ČERNA, M. Klasifikace mentální retardace. In PIPEKOVÁ, J., *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r.o., 2006. ISBN 80-86633-40-3.
- EDELSBERGER, L. a kol., *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H&H, 2000. ISBN 80- 86022-76-5.
- FIŠER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- FLOYD, Frank J., COSTIGAN, Catherine L., PIAZZA, Vivian E. *The Transition To Adulthood For Individuals With Intellectual Disability*. In: *International Review of Research in Mental Retardation*. [online] Elsevier, Academic Press, 2009, vol. 37, p. 31- 59. [vid. 2014-05-21] ISBN 978-0-12-366234-7.
- FRIEDENBERG, Z., *Dospělost bez dospívání*. Praha: Mladá Fronta, 1967. ISBN 23-163-67.
- HAJNOVÁ, R., KLEINOVÁ, S. *Průvodce sexuální výchovou pro základní a střední školy*. 1. vyd. Brno: Vydavatelství IDVPZ, 2002. ISBN 80-7013-359-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-7262-132-7.
- HOLOMEK, J. *Nezletilé matky a jejich děti ve školských zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy*. Vychovatel'SK, 2003.
- JANIŠ, K. *Metodika sexuální výchovy mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- JANIŠ, K.; MARKOVÁ, D. *Příspěvek k základům sexuální výchovy*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007. ISBN 978-80-7041-621-1.

KATRŇÁK, T. a kol. *Na prahu dospělosti: partnerství, sex a životní představy mladých v současné české společnosti*. Brno: Dokořán, 2010. ISBN 978-80-7363-352-3.

KOLÁŘOVÁ, K. *Jinakost – postižení – kritika: Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: SLON, 2012.

KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita a sexuální výchova osob s mentálním postižením v podmínkách zařízení sociální péče*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

KOZÁKOVÁ, Z. *Sexualita osob s mentálním postižením*. In: Josef VANICKÝ, Zuzana TRUHLÁŘOVÁ. *Sexualita mentálně postižených - II. : sborník materiálů z druhé celostátní konference organizované o.s. ORFEUS ve spolupráci s katedrou sociální práce a sociální politiky Pedagogické fakulty Univerzity v Hradci Králové za účasti Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR a Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu ve dnech 11. - 12. prosince 2008*. 1.vyd. Praha: Orfeus, 2009. 142 s., 44-58 s. ISBN: 978-80-903519-7-4.

KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I. *Malý lexikon sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2754-6.

KUKLOVÁ, I. *Sexuálně přenosná onemocnění*. In WEISS, P. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. s. 579-612. ISBN 978-80-247-2492-8.

KVAPILIK, J., ČERNA, M. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0019-9.

LECHTA, V. (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

LESNY, I., ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: SPN, 1989. ISBN 80-04-22922-0.

LONG, M. *Rodinná encyklopedie medicíny a zdraví*. 1. vyd. Čestlice: Rebo Productions spol. s r.o., 1999. ISBN 80-7234-074-3.

MACEK, P. *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.

MACHOVÁ, J.; HAMANOVÁ, J. *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H & H, 2002. ISBN 8086022943.

MELLAN, J. *Biologická hlediska sexuality mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.

MILTÖHNER, M. *Právní problematika sexuality mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených: sborník materiálů z celostátní konference*. Praha: Orfeus, Centrum denních služeb, 2004. ISBN 8090351905.

NOVOSAD, L. *Zdravotní znevýhodnění a riziko sexuálního zneužití či napadení*. In *Ochrana zdravotně postižených před sexuálním zneužitím*. Praha: ELAN, 2002.

PONDĚLÍČKOVÁ-MAŠLOVÁ, J., RABOCH J. *O sexualitě a partnerských vztazích*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 196 s. ISBN 80-7262-323-0.

- PIPEKOVÁ, J.(ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J.(ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- PIPEKOVÁ, J. *Pedagogika osob s mentálním postižením - psychopedie*. In VITKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- POSTEK, Natalia. *Transition to adulthood of people with intellectual disabilities*. In: The Nordic Network on Disability Research 2011. [online] Reykjavík, 28. 5. 2011, parallel Paper Sessions 17 – 24, [vid. 2013-04-13].
- PREVENDÁROVÁ, J., KUBÍČKOVÁ, G. *Základy rodinnej a sexuálnej výchovy*. Slovenské pedagogické nakladateľství, 1996. ISBN 8008012129.
- ŠILEROVÁ, L. *Sexuální výchova. Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě?* Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0291-6.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SVATOŠ, J. *Sexuální výchova mentálně postižených dětí a dospívajících*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠULOVÁ, L.; FAJT, T.; WEISS, P. (Eds.). *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf, 2011. ISBN 978-80-7345-238-4.
- ŠEDA, V. *Zamyšlení nad sexuální výchovou mentálně postižených*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče* 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80- 7178-821-X.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. 221 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče* 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80- 7367-060-7.
- UZEL, R. *Antikoncepce u mentálně postižených osob*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: o.s. Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5.
- UZEL, R. *Sexuální výchova*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 28 s. ISBN 80-86991-69-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
- VAGNEROVA, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. a kol. *Psychopedie*. 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-80-3720-099-2.

- VALENTA, M. *Psychopedie* 4. vyd. Praha: Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
- VENGLÁŘOVÁ, M., EISNER, P. a kol. *Sexualit osob s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0373-5.
- VOJTOVA, V. *Zkušenosti z výchovy k sexuálnímu životu mentálně retardovaných v Dánsku*. In PIPEKOVÁ, J., VITKOVÁ, M. a kol. *Sociálně pedagogické aspekty ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Brno: Paido, 1996. ISBN 80-85931-27-3.
- VOLFOVÁ, I., VELEMÍNSKÝ, M., KOZÁKOVÁ, Z. *Prevence sexuálního zneužívání dětí a adolescentů se specifickými potřebami*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-129-1
- VRUBLOVÁ, Y. *Sexualita: přirozená potřeba: malý průvodce pro zdravotníky, učitele a rodiče*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2005. 61 s. ISBN 80-7204-406-0.
- ZVĚŘINA, J., BUDINSKÝ, V. *Vše o sexu: sexuologie a sexuální praxe pro každého*. 1.vyd. Praha: Ikar, 2004. 335 s. ISBN 80-249-0460-8.
- ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. 1. vyd. Brno: CERM, 2003. 287 s. ISBN 80-7204-264-5.
- ZVOLSKY, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-690-2.
- ZVOLSKY, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-7184-203-6.
- WEISS, P. *Sexuologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 724 s. ISBN 978-80-247-2492-8.

Zákony:

- č. 72/2005 Sb., ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
- č. 73/2005 Sb. ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.

Internetové odkazy:

1. CINAMON, Rachel G., GIFSH, Limor. Conceptions of Work Among Adolescents And Young Adults With Mental Retardation. In: *The Career Development Quarterly*. [online] Published by the American Counseling Association on behalf of the National Career Development Association (NCDA). 2004, vol. 52, no. 3, p. 212-222. [vid. 2014-05-10]. ISSN

2. Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením. In: Helpnet.cz [online]. © 2013 Helpnet. Poslední aktualizace 12.1.2013. ISSN: 1802-5145. [cit.10.05.2013]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>
3. DIXON-MUELLER, Ruth, Adrienne GERMAIN, Beth FREDRICK a Kate BOURNE. Towards a sexual ethics of rights and responsibilities. Reproductive Health Matters [online]. 2009, vol. 17, issue 33, s. 111-119 [cit. 2015-02-08]. DOI: 10.1016/s0968-8080(09)33435-7 *Doporučení MŠMT k realizaci sexuální výchovy v základních školách* [on-line], 2010. [cit. 2013-02-25]. Dostupné z www: <<http://www.msmt.cz/file/10974>>.
4. DUKES, E. a MCGUIRE B. E. 2009. Enhancing capacity to make sexuality— related decisions in people with an intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research [online]. 2009, 53(8), 727—734. ISSN 09642633. [cit.11.04.2013]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=66&sid=98fcd180-b1ea-87a19c5b2a0d%40sessionmgr14&hid=127>
5. EASTGATE, G., et al. 2012. Intellectual disability, sexuality and sexual abuse prevention. A study of family members and support workers. Reprinted from Australian Family Physician [online]. 2012, 40(3), 135—139. [cit.11.04.2013]. ISSN neuvedeno. Dostupné z: <http://www.racgp.org.au/afp/201203/45957>
6. EVANS, A. a M. E. RODGERS. Protection for Whom?: The Right to a Sexual or Intimate Relationship. Journal of Intellectual Disabilities [online]. 2000, vol. 4, issue 3, s. 237-245 [cit. 2015-02-08]. DOI: 10.1177/146900470000400306.
7. MÜNZOVÁ, K. Sexuální edukace mentálně postižených osob [online]. Bakalářská práce. MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Barbora Bazalová. 2006. [2015-02-10]. Staženo z http://is.muni.cz/th/64678/pedf_b/
8. PREVENDÁROVÁ, J. Sexualita lidí s MP. [online]. Dobromysl. 2002. [2015-02-08]. Staženo z <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782>
9. PREVENDÁROVÁ, J. *Sexualita lidí s mentálním postižením* [online]. Slněčnica. Bratislava: Spoločnosť Downovho syndromu v SR, ročník 6, č. 4 [cit. 2012-23-02]. ISSN: neuvedeno. Dostupné z www: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=782&tmplid=45>
10. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* [on-line], 2004. [cit. 2013-03-10]. Dostupné z www: <http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf>.
11. *Rámcové vzdělávací programy oborů středního vzdělání* [on-line], 2007. [cit. 2013-03-15]. Dostupné z www: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/ramcove-vzdelavaci-programy-zaslani-do-vnejsiho-pripominkoveho-rizeni>>. 33, s. 111-119 [cit. 2015-02-08]. DOI: 10.1016/s0968-8080(09)33435-7.

12. *Sexuální výchova - vybraná témata* [on-line], 2009. [cit. 2013-02-25]. Dostupné z [www: <www.msmt.cz/file/8304_1_1/>](http://www.msmt.cz/file/8304_1_1/).
13. ŠTĚRBOVÁ, D. Sexualita osob s mentálním postižením není tabu! [online]. Portál. 2009. [2015-02-10]. Staženo z <http://www.portal.cz/casopisy/pd/ukazky/sexualita-osob-s-mentalnimpostizenim-neni-tabu/28899/>
14. Televizní pořad Klíč Dostupné z [www http://www.ceskatelevize.cz/porady/1096060107-kluc/209562221700004/](http://www.ceskatelevize.cz/porady/1096060107-kluc/209562221700004/)
15. *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí* [on-line], 2013. [cit. 2013-03-17]. Dostupné z [www: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>](http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html).

Seznam příloh

DOTAZNÍK

1. Jakého jsi pohlaví?
 - a) Dívka
 - b) Chlapec
2. Kolik je ti let? Doplňte:
3. Zajímáš se o vztahy mezi dívkou a chlapcem?
 - a) Ano, zajímám
 - b) Ne, nezajímám
4. S kým jsi se nejvíce radil/a o těchto vztazích?
 - a) Ano, s rodiči
 - b) Ano, s kamarády
 - c) Ano, s
 - d) Ne, s nikým
 - e) Ano, na internetové diskuzi
5. Začal/a jsi se zajímat o informace související s pohlavním životem?
 - a) Ano, začal/a
 - b) Ne, nazačal/a
6. Byl/a jsi někdy zamilovaná/ý?
 - a) Ano, byla/a
 - b) Ne, nebyl/a
7. V současné době s někým chodíš nebo jsi už chodil/a?

- a) Ano, chodím
- b) Ne, nechodím
- c) Ne, ale již jsem měl/a vztah
- d) Ještě jsem s nikým nechodil/a

8. Napiš, jak by podle tebe měl vypadat ideální vztah a jaké vlastnosti by měl mít tvůj parter:

9. Kde ti byly poskytnuty první informace o dospívání a pohlavním životě? (můžeš volit více možností)

- a) Od rodiny
- b) Ve škole
- c) Z literatury
- d) Od kamarádů
- e) Z internetu
- f) Jiné, uveďte:

10. V jakém věku si myslíš, že je vhodné dostat informace o rozmnožování?

- a) Ve 12 letech
- b) Ve 13 letech
- c) Ve 14 letech
- d) V 15 letech
- e) Dříve
- f) Později

11. Bavíš se doma s rodiči o rizicích sexuálního života?

- a) Ano, bavím
- b) Ne, nebavím

12. Máš ve škole předmět, který se otázkám sexuálního zdraví věnuje? Pokud ano, napiš jeho název.

- a) Ano, jmenuje se:
- b) Ne, nemám

13. Pokud ano, jakou formou tato výuka probíhá? (můžeš volit více možností)

- a) Přednášky
- b) Diskuze a konverzace
- c) Video ukázky, prezentace

14. Domníváš se, že jsi získal/a dostatek informací o rizikovém chování a jeho následcích v rámci výuky na vaší škole?

- a) Ano, domnívám se, že vím vše potřebné
- b) Ne, škola mne málo informuje

15. V kolika letech si myslíš, že probíhá puberta?

- a) 9-11 let
- b) 11-14 let
- c) 14-18 let
- d) Je to individuální

16. Víš, jak dlouho u dívek trvá menstruační cyklus?

- a) 5 dní
- b) 14 dní
- c) 21 dní

d) 28 dní

17. Víš, jak se nazývá ženský pohlavní hormon?

a) Prolaktin

b) Adrenalin

c) Estrogen

d) Nevím

18. Víš, jaký je mužský pohlavní hormon?

a) Inzulin

b) Oxytocin

c) Testosteron

d) Nevím

19. Víš, kde se v těle vytváří spermie?

a) V penisu

b) V močovém měchýři

c) V chámovodu

d) Ve varlatech

20. Víš, kde uzrávají vajíčka?

a) V děloze

b) Ve vaječnících

c) Ve vejcovodech

d) V pochvě

21. Víš, kde se umístí vajíčko po oplodnění spermií?

a) V břiše

- b) V děloze
- c) Ve vaječnících
- d) Nevím

22. Víš, jak dlouho trvá u ženy těhotenství?

- a) 12 měsíců
- b) 6 měsíců
- c) 9 měsíců
- d) 20 měsíců

23. Souhlasíš z etického hlediska s umělým přerušením těhotenství? (interrupcí)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a

24. K čemu všemu slouží prezervativ?

- a) K zabránění otěhotnění
- b) K zabránění otěhotnění a nákaze sexuálně přenosných chorob
- c) K ochraně před ztrátou panenství

25. Jaké druhy antikoncepce znáš? Napiš:

26. Myslíš si, že hormonální antikoncepce chrání před nákazou sexuálně přenosnými chorobami?

- a) Ano, chrání
- b) Ne, nechrání
- c) Nevím

27. Kdy si myslíš, že je vhodná doba pro zahájení pohlavního života?

- a) 13-15 let
- b) 15-17 let
- c) Po 18. roku života
- d) Jindy:

28. Víš, do kolika let je v České republice pohlavní styk trestný?

Doplň:

29. Otázka pro dívky: Co bys dělala, kdybys zjistila, že jsi gravidní? (těhotná) Napiš:

30. Otázka pro chlapce: Co bys dělal, kdybys zjistil, že tvá dívka je gravidní? (těhotná)

Napiš:

31. Jsou nějaké informace, které ti v oblasti pohlavního života chybí?

Napište:

32. Nyní máš prostor pro tvé vyjádření, pokud máš něco, co bys chtěl/a sdělit nebo upřesnit.

Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta

M. Rettigové 4, 116 39 Praha 1

Evidenční list žadatelů o nahlédnutí do listinné podoby práce

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

| Poř.č. | Datum | Jméno a příjmení | Adresa trvalého bydliště | Podpis |
|--------|-------|------------------|--------------------------|--------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |

Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta

M. Rettigové 4, 116 39 Praha 1

Prohlášení žadatele o nahlédnutí do listinné podoby práce před její obhajobou

Závěrečná práce:

Druh závěrečné práce: Bakalářská práce

Název závěrečné práce: Připravenost adolescentů s mentálním postižením na sexuální život

Autor práce: Nella Semecká

Jsem si vědoma, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámena se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny závěrečné práce, jsem však povinen/povinna s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci tohoto prohlášení.

Jsem si vědoma, že pořizovat výpisy, opisy nebo rozmnoženiny dané práce lze pouze na své náklady.

V Praze dne

| | |
|---------------------------|--|
| Jméno a příjmení žadatele | |
| Adresa trvalého bydliště | |

.....

Podpis